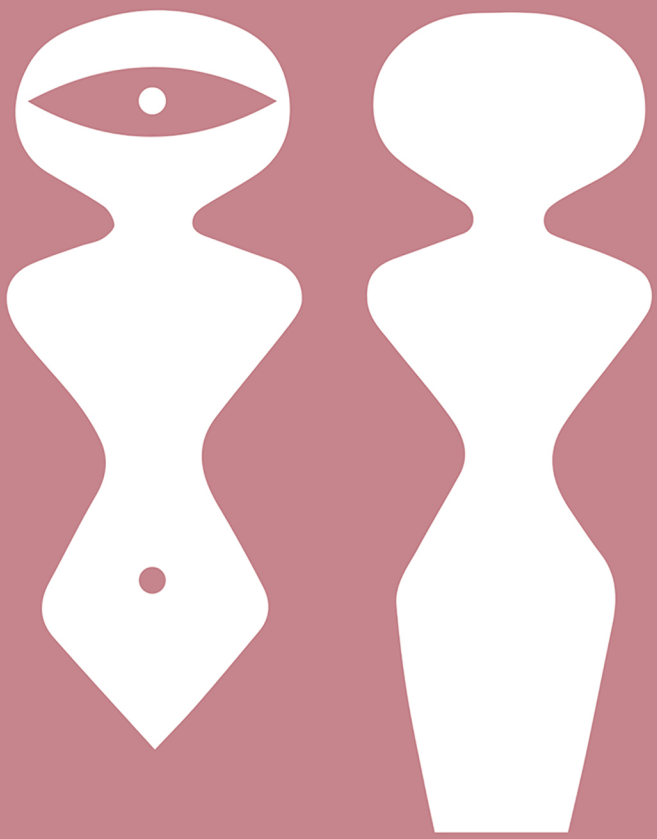
O (Des)Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde



Antropologia e Saúde

Rodrigo Borba

EDITORA FIOCRUZ

O (des)aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde

Rodrigo Borba

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BORBA, R. *O (des)aprendizado de si*: transexualidades, interação e cuidado em saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016, 244 p. Antropologia e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-294-2. https://doi.org/10.7476/9786557082942.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente
Paulo Gadelha

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação
Nísia Trindade Lima

EDITORA FIOCRUZ

Diretora
Nísia Trindade Lima

Editor Executivo
João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos
Carlos Machado de Freitas
Gilberto Hochman

Conselho Editorial
Claudia Nunes Duarte dos Santos
Jane Russo
Ligia Maria Vieira da Silva
Maria Cecília de Souza Minayo
Marilia Santini de Oliveira
Moisés Goldbaum
Pedro Paulo Chieffi
Ricardo Lourenço de Oliveira
Ricardo Ventura Santos
Soraya Vargas Côrtes

Coleção Antropologia e Saúde
Editores Responsáveis: *Carlos E. A. Coimbra Jr.*
Maria Cecília de Souza Minayo

O (Des)Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde

Rodrigo Borba

EDITORA FIOCRUZ

Copyright© 2016 do autor
Todos os direitos desta edição reservados à
Fundação Oswaldo Cruz / Editora

Revisão
Myllena Paiva

Normalização de referências
Clarissa Bravo

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Angélica Mello e Daniel Pose Vazquez

Produção gráfico-editorial
Phelipe Gasiglia

Capa
Danowski Design

Ilustração da capa
A partir da gravura de Hans Arp, *Deux Figures*, 1962

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B726a Borba, Rodrigo
O (Des)Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde. / Rodrigo Borba. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2016.

ISBN: 978-85-7541-474-3

244 p. : il. (Coleção Antropologia & Saúde)

1. Pessoas Transgênero. 2. Transexualidade. 3. Socialização. 4. Identificação Social. 5. Sexo. 6. Assistência Integral à Saúde. 7. Humanização da Assistência. I. Título.

CDD - 22.ed. - 306.768

2016
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9007 / Telefax: (21) 3882-9006
editora@fiocruz.br | www.fiocruz.br/editora

Editora filiada
ABEU
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

À Mariah Rafaela Cordeiro Gonzaga da Silva,
pela potência de vida e pela coragem de sonhar

Sumário

Prefácio 9

Apresentação 15

1. Receita para se Tornar um *Transexual Verdadeiro*:
assujeitamentos e resistências 31

2. O Processo Transexualizador e a Construção da Pesquisa 55

3. (Des)Aprendendo a *Ser*:
trajetórias de socialização e a (meta) pragmática da identificação social 81

4. A Produção Interacional de *Transexuais Verdadeiros*:
o Processo Transexualizador como trajetória de socialização 111

5. Sexo, Mentiras e Patologização: os obstáculos discursivos para uma
atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais..... 169

6. Reaprendendo a Ver e Ouvir 197

Notas..... 203

Referências 211

Anexos 227

Posfácio 233

Prefácio

Abrindo a Caixa Escura do Processo Transexualizador

> *O caso do devir-trans* (...) *ou bem se trata de seguir um protocolo previsível de mudança de sexo (diagnóstico de um mal-estar que se crê patológico, administração de hormônios em doses que permitam precipitar uma mudança culturalmente reconhecível, operações de realocação sexual...) ou, ao contrário, se trata de mobilizar um conjunto de práticas de desestabilização das forças de dominação do corpo que podem dar lugar à invenção de uma nova forma de vida.* (...) *Ou bem se trata de passar de um sexo ao outro, replicando as convenções normativas, ou, de outro modo, tornando possível um devir que permita criar algo fora das normas.*
>
> Paul Preciado (2015)

> *Precisamente porque um ser vivo pode morrer,*
> *é necessário cuidar desse ser a fim de que possa viver*.
>
> Judith Butler (2010)

O livro que você tem em mãos é, primeiramente, fruto da imensa curiosidade intelectual de Rodrigo Borba sobre as relações entre linguagem, sociedade, gênero e sexualidade. Questões que, embora ainda sejam pouco focalizadas no Brasil, são cruciais para o entendimento das conexões entre vida social, linguagem e cuidado em saúde, como defende o autor. Ignorar as relações entre linguagem e a sexualidade e as intersecções desta última com outros muitos atravessamentos identitários talvez tenha sido um dos problemas mais latentes no largo espectro das ciências sociais ao focalizar a sexualidade, ainda que hoje já seja um problema superado em muitos círculos. Na área dos

estudos da linguagem, porém, no Brasil são poucos os estudos que levam tais intersecções em consideração.

Calcado, em geral, em pesquisas sociolinguísticas quantitativistas (positivistas, portanto) e em uma visão modernista e estruturalista da linguagem, o campo dos estudos linguísticos tradicionalmente tem operado com categorias estanques, cristalizadas e essencializadas sobre a sexualidade – isso em razão da própria epistemologia norteadora de tais estudos, a qual não possibilita perceber essas intersecções e sua natureza difusa e não binária. Neste estudo etnográfico, Rodrigo opera justamente em oposição a tal modo de produção de conhecimento, abrindo nosso olhar para a sexualidade performada na vida social situada nas práticas comunicativas investigadas; para isso analisa pequenas histórias em construção aqui e ali e não grandes narrativas positivistas. Somos seres de práticas sociais, nas quais a sexualidade em seus entrecruzamentos com gênero, raça, idade, classe social, nacionalidade, regionalidade etc. vem à tona no discurso, nos diz o autor, em sua compreensão crítica da modernidade.

Há mais de dez anos, Rodrigo deu início, ainda na graduação, a seus estudos sobre linguagem, sociedade, gênero e sexualidade sob a orientação de Ana Cristina Ostermann, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Transferiu-se mais tarde para a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para desenvolver, como parte dos projetos do Núcleo de Estudos em Discursos e Sociedade (Nudes), sua pesquisa de mestrado, com foco na linguagem, sobre travestis na *batalha*, ou seja, que *ganham a vida* com seus corpos. No mestrado, Rodrigo ensaiou a metodologia de pesquisa etnográfica que desenvolveu mais amplamente em seu trabalho de doutorado – também vinculado ao Nudes – sobre candidatos/as ao processo transexualizador em um serviço de um hospital público. Foi essa pesquisa que deu origem a este livro.

Rodrigo abre, então, a tampa da *caixa escura*, por assim dizer, do Processo Transexualizador para entender o que se passa na perspectiva daqueles e daquelas que ali se encontram, constituindo e sendo constituídos/as pela linguagem performativamente. Ao contrário das pesquisas feitas até então, que circulavam a caixa escura, portanto se mantendo de fora, Rodrigo adentra ao serviço. Tendo convivido com as/os usuários/as do Processo Transexualizador, a psicóloga, o psiquiatra e o cirurgião em uma etnografia de 13 meses, em que gravou as consultas de usuárias/os com corpo técnico, bem como uma série de entrevistas com eles/as, e elaborou notas de campo, inclusive de momentos informais com os/as participantes, o autor nos oferece uma intravisão única do processo que pode levar à transexualização.

Em última análise, ele nos apresenta a forma como os/as usuários/as que vão ser submetidos/as a tal processo convencem o corpo técnico da clínica de que estão *aptos*/*as* a serem conduzidos/as ao centro cirúrgico. Isso é feito por meio de uma análise da interação de natureza micro, que em seus detalhes nos convida a ver, de forma detalhada, a maneira como os/as usuários/as aprendem a fazer interacional e somaticamente o que se espera que seja feito para que tenham sucesso em seus pleitos. Em outras palavras, a obra nos leva a entender que pré-requisitos os/as candidatos/as precisam cumprir para que sejam avaliados pelo grupo técnico como pessoas *doentes* por causa do corpo que têm, necessitadas, portanto, de cirurgia, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM), pelo Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e pelo Conselho Federal de Medicina brasileiro. O processo que Rodrigo possibilita compreender é o de patologização dos corpos, que os/as candidatos/as vão aprendendo, pouco a pouco, uns/umas com os/as outros/as e com o próprio grupo técnico a construírem, performativamente, na linguagem, estilizando nesses corpos a *verdade* sobre o que é um *transexual verdadeiro*. Essa *verdade* é explicitada em relação às *normas* que historicamente têm fixado o que é o gênero e a sexualidade.

Rodrigo deixa claro como o poder atravessa os discursos sobre as sexualidades, aqui na definição de quais corpos podem/devem ser transexualizados. Esse poder sobre a vida Butler (1993) chamou, tão habilmente, de um dispositivo que define os corpos que têm importância, que são legítimos ou que são mais dignos de viver (Butler, 2010). De fato, há um projeto biopolítico de normalização da vida e do desejo sexual, do qual Foucault (2003) nos alertou. Como colocar todos e todas dentro da norma de como os corpos devem ser, sentir, desejar etc.? Na lógica desse projeto, a transexualidade representa um grande desafio. E há de se regulamentá-la, fingindo dar um fim ao devir da sexualidade, ao patologizá-la de modo que o *sexo* possa ser submetido ao Processo Transexualizador, tornando possível ao/à usuário/a (des)aprender a ser, como Rodrigo argumenta. Também nessa perspectiva, a linguagem funciona como o dispositivo principal, ou como diz Agamben: "talvez o mais antigo dos dispositivos" (2014: 40) a "capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes" (2014: 39).

É justamente nesse ponto que a força do trabalho de Rodrigo aflora, porque consegue, analiticamente, nos guiar nas artimanhas da linguagem e dos discursos em que circulamos como dispositivos que performativamente

nos constroem em meio às tramas do exercício do biopoder. Daí se entende a relevância e a singularidade da linguagem nesse estudo e, portanto, do arsenal teórico-analítico sobre o discurso do qual este volume lança mão.

Em uma pesquisa de tal natureza, é inescapável a politização da vida social na produção de conhecimento em um processo em que conduzir uma investigação não é diferente do engajamento em política. Como Sousa Santos (2008) bem nos lembrou, a pesquisa nas ciências sociais não é separável do empreendimento político e equivale a produzir um discurso sobre o mundo social que está em competição com outros. Como diz Venn (2004: 4), "a verdade nas ciências sociais [e nas humanas] poderia ser reconfigurada em termos de regimes de verdade e dos instrumentos para instituir as formas particulares de sociabilidade que a teoria teoriza", estando o pesquisador, como Rodrigo está, diretamente envolvido com o conhecimento que produz. Não é à toa que a preocupação com a saúde de pessoas transexuais seja uma das questões principais para a qual Rodrigo chama atenção, enfatizando como seu trabalho tem implicações para a área da saúde.

Rodrigo se envolve aqui no que Sousa Santos (2001: 19) chama de "proximidade crítica", fazendo um revezamento entre os atos de "conhecer, ser e desejar" (Venn, 2000: 15) em sua empreitada investigativa. Tal posicionamento vem mais uma vez mostrar a maneira como o autor se distancia dos chamados "clamores da modernidade" e seus ideais de neutralidade e objetividade na produção do conhecimento.

Por fim, para não adiar mais o envolvimento do/a leitor/a com o livro, cabe ressaltar que nosso autor está no campo que Moita Lopes (2014) chama de indisciplina. Mantendo-se como um pesquisador da área da linguagem, o autor se recusa a ficar aprisionado dentro dos limites tradicionais desse campo e dos tópicos que são normalmente enfocados. Rodrigo avança por outras áreas (antropologia, sociologia, filosofia etc.) que possam iluminar e construir sua investigação: um trabalho intelectual árduo, mas cujos ganhos epistêmicos são patentes no volume, no entrelaçamento de uma rede de conhecimentos teórico-analíticos. Rodrigo pensa nos limites das fronteiras disciplinares ou para além desses.

Especificamente, no campo de estudos da linguagem, de mãos dadas com outros participantes do Nudes e com colegas de outras universidades do Brasil e de outras partes do mundo, Rodrigo se recusa a tematizar mais do mesmo, a linguagem separada da vida social, ao construir um objeto de investigação inovador (que normalmente não é tematizado nesse campo, ou seja, o "devir-

trans") por meio de arcabouços metodológicos e teórico-analíticos que ignoram as rotas comuns. Trata-se, portanto, de pesquisa de ponta e, como tal, faz avançar a produção do conhecimento. Rodrigo vai ao encontro da linguagem em seus voos locais e situados, considerando também os discursos translocais, na construção do significado e de quem podemos ser, para além das normas convencionalizadas sobre nossos corpos: um desafio cotidiano em nossos tempos.

É digno de nota que a tese que deu origem a este volume foi agraciada pela Capes com o Prêmio de Melhor Tese de Doutorado, na área de Letras e Linguística, em 2015. Trata-se de uma distinção que, a um só tempo, honra a dedicação de Rodrigo a sua investigação e nos deixa muito felizes.

Luiz Paulo da Moita Lopes

Professor titular do Programa Interdisciplinar de Linguística Aplicada
da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pesquisador do CNPq

Referências

AGAMBEN, G. *O Amigo & O que É um Dispositivo?* Chapecó: Editora da Unichapecó, 2014.

BUTLER, J. *Bodies that Matter: on the discursive limits of 'sex'*. New York: Routledge, 1993.

BUTLER, J. *Marcos de Guerra: las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós, 2010.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade. A vontade de saber.* 15. ed. São Paulo: Graal, 2003.

PRECIADO, P. B. Catalunya trans. *Estado Mental*, 18 jan. 2015. Disponível em: <http://paroledequeer.blogspot.com.br/2015/01/catalunya-trans-por-paul-b-preciado.html>. Acesso em: 27 fev. 2015.

MOITA LOPES, L. P. *Por uma Linguística Aplicada Indisciplinar*. 2. ed. São Paulo: Parábola, 2014.

SOUSA SANTOS, B. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2001.

SOUSA SANTOS, B. Do pós-moderno ao pós-colonial. E para além de um e de outro. *Travessias: Revista de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa,* 6/7: 15-36, 2008.

VENN, C. *Occidentalism: modernity and subjectivity*. London: Sage, 2000.

Apresentação

Sobre o (Des)Aprendizado de Si no Processo Transexualizador

Meu primeiro contato com o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em 2009, quando minha amiga Tâmara viajou do interior do estado para passar uma semana em minha casa, durante a qual teria suas primeiras consultas em um serviço de atenção à saúde de pessoas transexuais.[1] Como se sentia um tanto insegura, pediu que eu a acompanhasse. Foi durante essa visita ao hospital que duas desestabilizações me desafiaram a elaborar esta pesquisa. Ei-las.

Enquanto esperávamos, Tâmara conversava com outras pessoas que também aguardavam suas consultas. Foi aí que conhecemos Bianca e Leandro. Com passos fortes e o barulho dos saltos altíssimos, a chegada de Bianca não passou despercebida. Sentou-se, também a esperar. Logo em seguida, aproximou-se do consultório Leandro. Caminhava resoluto em direção aos bancos. Quando avista Bianca, ele sorri e vai a sua direção; os dois se abraçam, trocam um beijo e sentam-se ao nosso lado. Tâmara, em sua ânsia de saber o que a psiquiatra lhe perguntaria, inicia a conversa com Bianca, que já participava do programa há aproximadamente um ano.

Provavelmente, olhos desatentos não desconfiariam que, quando Bianca nasceu, há pouco mais de três décadas, o médico – em uma enunciação que não só descreveu seu corpo, mas gerou infinitos e desgastantes processos de cultivação desse corpo de acordo com certas expectativas sociais – afirmava:

"É menino!". Algo parecido aconteceu com Leandro: "É menina!", proclamou a parteira. Bianca e Leandro haviam-se conhecido há um ano, naqueles mesmos bancos, a esperar sua primeira consulta no serviço que agora Tâmara procurava. Bianca pretendia submeter-se à neocolpovulvoplastia; Leandro, por sua vez, se dizia satisfeito se conseguisse a retirada dos seios e do útero, pois se sentia inseguro com a técnica cirúrgica para a construção de um pênis.[2] Desde que se conheceram, contou Leandro, não mais se separaram. Namoravam há pouco menos de um ano. Com o grande desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e da endocrinologia a partir da segunda metade do século XX (Hausman, 1995), Bianca construiu para si um corpo arredondado e curvilíneo; Leandro, um corpo forte e largo. No entanto, algo ainda os incomodava: o órgão genital que, afirmavam, os transformam em "monstros". As cirurgias de transgenitalização materializavam suas esperanças de se tornarem uma mulher e um homem *de verdade* e, com isso, terem reconhecimento social. Entretanto, suas histórias pessoais e seus corpos desestabilizam qualquer noção sobre o que é ser um homem/uma mulher *de verdade*. Bianca foi designada como menino; Leandro, como menina. Em março de 2009, ainda à espera da cirurgia, Bianca exibia um corpo com formas arredondadas decorado por vestidos, maquiagem e saltos altos, mas ainda tinha o pênis; Leandro usava faixas para apertar os seios e uma meia enrolada na cueca para fazer volume nas calças. Em seus documentos de identidade, ainda constavam os nomes escolhidos por seus pais – os quais nunca me revelaram.

Primeira desestabilização: uma mulher com pênis; um homem sem? Um menino que vira mulher e namora uma menina que vira homem? Ela é ele? Ele é ela? À época, ainda desinformado sobre as vivências trans, o namoro entre Bianca e Leandro me chocou: como uma mulher transexual, nascida com um pênis e reivindicando a cirurgia de modificação, podia ter um relacionamento afetivo-sexual com um homem transexual, que não teria um pênis por decisão própria? Bianca e Leandro se diziam heterossexuais, mas o que seria de seu relacionamento após Bianca se submeter à construção cirúrgica de uma vagina? Afinal, qual é a lógica? Foi então que descobri que a transexualidade não tem necessariamente a ver com sexualidade, mas sim com gênero; meu choque foi provocado por uma sorrateira lógica heteronormativa e essencialista, da qual fui refém e sobre a qual tive que intervir radicalmente durante o trabalho de campo realizado para esta pesquisa. À medida que me aproximava das vivências trans, conheci pessoas transexuais hetero, homo, bi e assexuadas; o ponto que aproxima essas experiências é a divergência entre suas experiências de gênero

e os caminhos identitários predeterminados que sua genitália supostamente traça. A cirurgia de transgenitalização e as mudanças corporais elaboradas no Processo Transexualizador nos fazem ver concretamente que a biologia/anatomia deixou de ser destino e que corpos não podem mais ser considerados invólucros estáticos para identidades estanques (Preciado, 2015).

Tentando me recuperar do desconcerto, fiquei em silêncio. Bianca tirou da bolsa uma revista *Vogue Brasil* e a entregou a minha amiga, dizendo: "Lê com atenção. É isso que a psiquiatra vai te perguntar". Tâmara, em surpresa, indagou por que a médica iria perguntar-lhe sobre moda! Sem uma palavra, Bianca abriu a revista. Contudo, o que se via não eram fotos de modelos glamourosas, mas sim uma cópia impressa de partes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, sigla em inglês para American Psychiatric Association) copiadas da internet, com várias anotações a lápis e camufladas entre as páginas lustrosas da revista. Recomendava Bianca: "Se tu quer a cirurgia, diz a ela o que está aí", seguido de muitos conselhos sobre o que dizer, como se vestir para as consultas e sobre a rotina do hospital. Tâmara escutava atentamente: não vestir roupas muito decotadas e se comportar de forma discreta (isto é, evitar os exageros das travestis), sempre parecer um pouco triste – "chore às vezes", dizia Bianca –, afirmar que já pensou em se suicidar – e se de fato pensou, enfatizar o ocorrido –, dizer que sempre se sentiu diferente dos outros meninos desde muito pequena (contudo, Bianca só se autoidentificou como pessoa transexual depois dos 25 anos), não confessar, sob hipótese alguma, prazer advindo do uso do pênis...

Segunda desestabilização: em poucas horas na sala de espera do serviço de transgenitalização, Tâmara e eu percebemos que havia um descompasso flagrante entre a forma que o programa compreendia a transexualidade e as experiências identitárias corporificadas de pessoas transexuais em sua vida diária.[3] Tal desequilíbrio entre diferentes compreensões e vivências da transexualidade é um efeito da imposição de um diagnóstico psiquiátrico guiado por regimes de verdade (Foucault, 2013a) que não somente patologizam essa experiência identitária, mas, sobretudo, a universalizam com base em uma narrativa de *transexual verdadeiro*.[4]

No contexto brasileiro, como discuto no capítulo 2, o embate entre diferentes compreensões sobre o que é ser uma pessoa transexual marcou a elaboração de políticas públicas para a atenção à saúde trans-específica desde seu início e até hoje molda serviços autorizados pelo Ministério da Saúde (MS) para atender essa fatia da população. Foi com a publicação da resolução

n. 1.482 do Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1997 que a transexualidade passou a ser uma questão central nas discussões sobre políticas públicas de saúde voltadas para a população LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – no Brasil tanto no âmbito da regulamentação federal quanto nas agendas de movimentos sociais organizados, pesquisadores/as das ciências médicas e sociais e indivíduos transexuais. A essa resolução seguiram as resoluções n. 1.652/2002 e n. 1.955/2010 do CFM e a portaria n. 1.707/2008,[5] que regulamentam a vida de pessoas transexuais nos hospitais brasileiros.

A publicação desses documentos possibilitou a organização de diversos serviços assistenciais multidisciplinares voltados para a população que vivencia a transexualidade, regulamentados pela portaria n. 1.707/2008 do MS, que "institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas" (Brasil, 2008a: 43). Para que uma pessoa transexual possa participar de um desses programas e, se desejar, se submeter às cirurgias de transgenitalização e à hormonoterapia no âmbito do SUS, é necessário seguir uma rígida rotina hospitalar regimentada por esses textos. Segundo a resolução n. 1.955/2010 do CFM, que revoga a de 1997, "o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio" (CFM, 2010: 109). Vê-se aí que para o CFM a transexualidade é um transtorno psicológico, uma enfermidade mental materializada num suposto *desvio* dos caminhos de subjetivação e corporificação desenhados pela heteronormatividade: pênis-homem, vagina-mulher. Essa posição é tributária da globalização da patologização dessa experiência identitária (Borba, no prelo), propalada por três instituições internacionais e seus textos:

1. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) em seu quarto Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV), no qual a transexualidade é incluída no capítulo sobre transtornos da identidade sexual e é classificada como um transtorno de identidade de gênero (TIG);[6]
2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) na décima versão de seu Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que inclui a transexualidade no capítulo sobre transtornos mentais e comportamentais, classificando-a como um transtorno de personalidade e do comportamento adulto, outorgando-lhe o código F-64; e

3. A World Professional Association for Transgender Health[7] (WPATH) que regulamenta os procedimentos de *tratamento* e institui os critérios de elegibilidade e prontidão para a autorização das cirurgias em seu 6º *Standards of Care for the Health of Transexual, Transgender and Gender Nonconforming People* (SOC-7).[8]

Esses três textos passam por atualizações de tempos em tempos. No caso do DSM, após 14 anos de trabalhos de revisão, em maio de 2013 a APA publicou sua quinta versão, o DSM-5. A OMS está atualmente revisando o CID e prepara a 11ª versão do código, que tem previsão para publicação em 2017. O *Standards of Care,* da WPATH, teve sua sétima atualização lançada durante o simpósio internacional da associação realizado em 2011 na cidade de Atlanta, Estados Unidos. Entretanto, utilizo como textos de referência e análise as versões que vigoravam durante os meses de trabalho de campo entre 2009 e 2010 no Programa de Atenção Integral à Saúde Transexual (PAIST).[9] Eram os critérios diagnósticos e de manuseio clínico estabelecidos no DSM-IV, CID-10 e SOC-6, bem como ecos das posições epistemológicas dessas diferentes instituições, em grande parte replicados nos documentos brasileiros de regulação dos procedimentos do Processo Transexualizador, que guiavam as ações de profissionais da saúde e pessoas transexuais à época da geração de dados para esta pesquisa.

No entanto, algumas diferenças entre as versões do DSM são dignas de nota. No DSM-5, o que antes era classificado como TIG, uma subcategoria do capítulo sobre transtornos da identidade sexual, passa a figurar como "disforia de gênero", conceito desenvolvido pelo psiquiatra Norman Fisk em 1973. Disforia, para Fisk, seria o antônimo de euforia (Bento, 2008; Lima, 2011). De acordo com o DSM-5, o objetivo, ao se fazer essa mudança terminológica, era diminuir a carga estigmatizante carregada pelo termo transtorno. Com efeito, a equipe responsável pela nova versão do manual sublinha que "a não conformidade de gênero não é em si um transtorno mental" (APA, 2013). O elemento crítico da disforia de gênero é "a presença de aflição clinicamente significativa associada à condição" (APA, 2013). Nessa linha aparentemente despatologizante, no DSM-5 dedica-se um capítulo exclusivo à disforia de gênero, dessa forma desvinculando-a das classificações nosológicas dos capítulos sobre disfunções sexuais e transtornos parafílicos, o que é um aparente avanço em direção à despatologização dessa experiência identitária. Metonimicamente, no entanto, um capítulo sobre disforia de gênero inserido em um Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais contradiz a pretensa

proposta *despatologizante* do DSM-5, pois a parte (disforia de gênero) acaba por ser tomada como representando o todo (doenças mentais). Nesse sentido, essa troca terminológica não despatologiza – muito pelo contrário, o conceito de disforia abrange uma gama maior de sentimentos de desconforto de gênero, o que amplia o escopo diagnóstico.

A imposição das posições epistemológicas do DSM, CID e SOC no SUS serviu de estopim para que Bianca instruísse Tâmara em sua primeira incursão a um programa de transgenitalização. Ao escutar os conselhos de Bianca, minha amiga foi pela primeira vez exposta a alguns dos elementos dos regimes de verdade que constituem o que tem sido chamado de dispositivo da transexualidade (Bento, 2006; Lima, 2010, 2011; Teixeira, 2013). Tais regimes sublinham, entre outros *sintomas*, a ojeriza que pessoas transexuais supostamente têm de sua genitália. Tâmara, preocupada, chegou a afirmar que daquele dia em diante não mais se masturbaria, pois poderia ser "pega" e colocaria seu desejo de transformação corporal em risco. Por que se deveria privilegiar uma idealização do que é ser uma pessoa transexual em detrimento de histórias de vida particulares? A resposta foi dada por Bianca: "para não correr o risco de se ter a cirurgia negada".

Com efeito, a elaboração de uma narrativa de transexualidade apropriada para se conseguir a autorização para as intervenções corporais e, no Brasil, seu financiamento público, tem sido discutida na literatura especializada. Bento (2006), por exemplo, explica que o poder do saber médico em decidir os rumos das vidas de sujeitos transexuais em programas de transgenitalização os força a elaborar certas estratégias de negociação que forjam a relação entre pessoas transexuais e os/as profissionais da saúde. Dentre essas estratégias, a autora destaca "a essencialização de suas identidades por meio de uma narrativa que aponta para um 'desde sempre fui assim' e o 'mentir'" (Bento, 2006: 62). Segundo essa autora, a confecção de narrativas apropriadas às expectativas das equipes deriva das experiências autobiográficas de pessoas transexuais que, em suas vivências diárias, elaboram "estratégias de simulação que lhes possibilitam sobreviver nos campos sociais fundamentados na heteronormatividade" (Bento, 2006: 62). Bento defende que o caráter ensaiado dessa narrativa deriva de "uma trajetória que os/as possibilita construir narrativas adequadas às expectativas da equipe" (Bento, 2006: 66).

Numa perspectiva semelhante, Teixeira (2013) assevera que a relação de cuidado em saúde estabelecida entre equipe e usuários/as[10] transexuais de serviços de transgenitalização se sustenta sobre estratégias de convencimento

utilizadas por pessoas transexuais para garantir a autorização das cirurgias. Essa autora segue a lógica de Bento (2006), ao afirmar que esse convencimento se dá pela replicação, nas consultas, de verdades sedimentadas sobre feminilidade e masculinidade guiadas pelos regimes de verdade que sustentam o dispositivo da transexualidade.

Em suas valiosas pesquisas, Bento (2006) e Teixeira (2013), contudo, tomam as dinâmicas de construção dessa narrativa por garantidas e elaboram suas análises com base em depoimentos de segunda mão oferecidos às pesquisadoras por usuários/as transexuais que participaram de suas pesquisas. As autoras, assim, restringem sua discussão ao produto performativo das histórias que as/os colaboradores/as de suas investigações afirmam contar em consultório, ou seja, a narrativa de *transexual verdadeiro* que localmente replica certos elementos dos saberes/poderes que conformam a transexualidade como uma enfermidade psiquiátrica. Em outras palavras, ao analisar depoimentos *sobre* o que acontece nos consultórios, tanto Bento quanto Teixeira parecem defender que os/as usuários/as transexuais do Processo Transexualizador, ao chegarem aos programas de transgenitalização, já trazem consigo, em razão de suas biografias fora do hospital, essa narrativa pronta para ser contada às/aos profissionais da saúde. A história de Tâmara, porém, parece indicar que nem todas/os usuários/as conhecem a centralidade dessa narrativa ensaiada (Maryns, 2006) para o Processo e sublinha a importância de aprendê-la para que se consiga o laudo psiquiátrico que legitima sua classificação como *transexual verdadeiro*.

É nesse contexto que esta pesquisa se insere. O recorte analítico recai sobre as dinâmicas discursivas e os microdetalhes interacionais que movimentam a reatualização do (e a resistência ao) modelo patologizante de *transexual verdadeiro* e os saberes/poderes que sustentam tal dispositivo. Essas dinâmicas, como veremos, envolvem a participação ativa tanto de pessoas transexuais quanto de profissionais da saúde que conjuntamente retroalimentam um processo de (des)aprendizagem do que é ser uma pessoa transexual para os propósitos do Processo Transexualizador. Investigo, assim, os movimentos microinteracionais e intersubjetivos de aprendizagem dessa narrativa; estudo, dessa forma, a construção colaborativa de narrativas *no* Processo, que constitui suas práticas diárias, e não *sobre* ele, o que não nos fornece subsídios para a compreensão sobre a forma como o cuidado à saúde de pessoas trans se dá *in situ*.

Nesse cenário, entendo narrativas como performances (Bauman & Briggs, 1990), isto é, ações coelaboradas com/para/pelo outro, e não como produtos de uma biografia específica que molda *a priori* sua forma e conteúdo. A produção

conjunta de uma narrativa que satisfaça as imposições do Processo salienta as dinâmicas de (des)aprendizado de si durante as quais os efeitos materiais dos dispositivos – o que Foucault (1988, 2011a) chama de técnicas de si – vão paulatinamente atuando sobre os corpos e as subjetividades das/os usuários/as do programa de transgenitalização aqui estudado.

Como linguista aplicado interessado em "criar inteligibilidade sobre problemas sociais em que a linguagem tem um papel central" (Moita Lopes, 2006a: 14), pergunto: como os saberes/poderes que produzem o TIG e sustentam o dispositivo da transexualidade interagem com indivíduos concretos e suas ações corpóreo-discursivas? Afinal, como essa malha de regimes de verdade sobre o que é ser um *transexual verdadeiro* constrange as relações intersubjetivas de profissionais da saúde e usuários/as no desenvolvimento de práticas de cuidado? Tais perguntas têm desdobramentos macro e micro.

No nível macro, indago o que o Processo Transexualizador pode dizer sobre as dinâmicas socioculturais e discursivo-identitárias mais gerais entre conhecimento científico, sujeitos e a elaboração de práticas de cuidado em saúde? Qual o lugar desses saberes/poderes na construção corpóreo-discursiva das experiências transexuais dentro do hospital? Como, afinal, um indivíduo se torna sujeito para o Processo Transexualizador?

No nível micro, a saliência dessa narrativa de *transexual verdadeiro* nos impele a focalizar o papel prescritivo que os sistemas de conhecimento solidificados na resolução do CFM e nas portarias do MS desempenham nas relações intersubjetivas entre profissionais da saúde e usuários/as transexuais no nível mais mundano de suas relações, isto é, a linguagem-em-uso. Nesse contexto, pergunto: como se dá, nos microdetalhes das consultas e nas práticas interacionais diárias do PAIST, o aprendizado dessa narrativa e qual seu efeito sobre as práticas de cuidado à saúde trans-específica? Aventar possíveis respostas para essas perguntas implica a problematização de três conceitos muito caros aos estudos da linguagem, quais sejam: discurso, identidade e contexto. Vamos a eles.

A necessidade de elaboração de uma narrativa que replique certos elementos legitimadores da transexualidade como digna de atenção médica gera certas tensões interacionais entre equipe multiprofissional e usuários/as de programas de transgenitalização. Segundo Newman (2000: 400), "para o/a profissional de saúde mental a tarefa é distinguir o/a 'verdadeiro/a transexual' (ou transexual primário) de outros/as com graus menores de disforia de gênero ou com outros problemas de gênero para os quais a cirurgia não é considerada um tratamento apropriado". Assim, durante o tempo de acompanhamento pré-cirúrgico, de

acordo com a autora, o/a profissional da saúde deve elaborar um diagnóstico *preciso* sobre a *desordem* de identidade de gênero do/a *paciente* considerando as informações colhidas no aconselhamento individual.

Nesse contexto, os indivíduos transexuais devem convencer a equipe desses programas de que satisfazem todos os quesitos necessários à aprovação da cirurgia, reatualizando, portanto, os sistemas de conhecimento científico que os patologizam. A exigência de um diagnóstico de TIG, dessa forma, gera tensões interacionais que devem ser administradas localmente em virtude da malha de significados que rege o Processo Transexualizador. Nesse cenário, ainda de acordo com Newman (2000), por um lado a pergunta que guia as ações do/a profissional da saúde é: "como posso ter certeza que esse paciente é um/a transexual e não está dizendo o que acha que quero ouvir para obter tratamento?". Pessoas transexuais, por outro, se questionam: "como posso convencer esse médico de que sou um/a transexual para ter direito à cirurgia?". Nessa dinâmica, profissionais da saúde, sujeitos transexuais e os regimes de verdade que regem o Processo Transexualizador do SUS retroalimentam estereótipos e verdades sedimentadas sobre gênero. Com isso, preocupadas em ter sua participação no programa negada, pessoas transexuais rapidamente aprendem "a história de vida necessária para passar por transexuais com sucesso" (Hird, 2002: 583).

Essas tensões interacionais emergem da fricção entre o que Gee (1999) chama de Discurso (com D maiúsculo) e discurso (com d minúsculo). Para esse autor, Discurso envolve "as diferentes formas em que nós seres humanos integramos linguagem com 'coisas' a ela não relacionadas" (1999: 13), tais como maneiras de pensar, agir, valorar, interagir, usar símbolos, objetos e textos, produzindo atividades e identidades culturalmente reconhecíveis e atribuindo valores ao nosso círculo social. Não é difícil entrever aí o entendimento de discurso defendido por Foucault (2007: 55) como "práticas que sistematicamente formam os objetos de que falam" e que, segundo este filósofo, transformam indivíduos em tipos institucionalmente reconhecíveis de sujeitos. No Processo Transexualizador, Discurso engloba os sistemas de conhecimento ligados à medicina e às ciências *psi* (psicologia, psiquiatria e psicanálise) que, guiados pelo modelo essencialista biomédico da identidade (Carmargo Jr., 1997), patologizam as vivências transexuais.

Gee (1999) define discurso (com d minúsculo) como linguagem-em-uso. Para ele, Discursos são sempre operacionalizados no/pelo discurso. Em outras palavras, ao encontrar com a equipe multiprofissional dos programas de transgenitalização, pessoas transexuais têm suas ações sociais (discurso)

possibilitadas e ao mesmo tempo constrangidas pelos sistemas de conhecimento médico e regimes de verdade (Discurso) que regulamentam suas vidas nos hospitais.[11] Pesquisas nas ciências sociais têm, de fato, descrito a potência desse conhecimento na produção de subjetividades e corporalidades transexuais (Bento, 2006; Lima, 2010, 2011, 2014; Murta, 2011; Teixeira, 2013). Resta saber como essa relação se dá em consultório, seus microdetalhes intersubjetivos, suas dinâmicas de materialização nas ações sociais de usuários/as trans e seus efeitos materiais para a confecção de relações de cuidado à saúde no Processo Transexualizador; desafio que esta pesquisa toma para si.

Para evitar uma inflação conceitual, contudo, prefiro adotar a perspectiva sincrética de análise de discurso defendida por Blommaert (2005) que mescla os termos do binômio proposto por Gee (1999). Blommaert (2005) defende a junção de uma perspectiva mais "abstrata" que considera discurso como a materialização em textos (orais e/ou escritos) de sistemas de saber/poder (medicina, direito, educação etc.) com uma visão mais "concreta" composta pela materialidade da linguagem e dos signos culturalmente disponíveis. Nessa perspectiva, é com e pela linguagem-em-uso e é com e pelos recursos semióticos aos quais temos acesso que determinados sistemas de saber/poder se solidificam em nossas práticas diárias na forma de performances semióticas situadas que têm como efeito a projeção local de certos modelos de identidade (Wortham, 2006) que guiam nossa vida social.

Vemos nessa concepção de discurso uma visada antiessencialista para aquilo que entendemos por identidade, que é compreendida não como uma propriedade natural que precede os indivíduos, mas sim como o efeito performativo do uso situado de certos recursos semióticos. Nesse sentido, identidades são redefinidas como performances identitárias[12] cujos significados emergem do amálgama composto de signos usados localmente e de sistemas de saber que lhes outorgam sentido e moldam sua interpretação. Com base nessa premissa, Blommaert (2005: 207)[13] defende que devemos ver

> a identidade não como uma propriedade ou categoria estável de indivíduos ou grupos, mas sim como formas particulares de potencial semiótico, organizadas em um repertório. As pessoas constroem identidades a partir de uma configuração específica de recursos semióticos e, em consequência, assim como repertórios linguísticos e semióticos são condicionados por dinâmicas de acesso, os repertórios identitários serão igualmente condicionados por formas desiguais de acesso a determinados recursos para construção de identidades.

Essa compreensão de identidades como performances semióticas que são performativas tem sido central para alguns estudos em linguística aplicada (Borba, 2009; Fabrício, 2012; Fabrício & Moita Lopes, 2010; Guimaraes, 2014; Moita Lopes, 2006b, 2008, 2009; Oliveira, 2014; Sell & Ostermann, 2009; Silva, 2008). Tais investigações seguem Butler (2003: 59) e sua concepção de gênero como resultado da "estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser". Embora Butler limite seus esforços analíticos a gênero, como observa Sullivan (2003), sua abordagem performativa tem sido profícua para pesquisas sobre estilizações de performances identitárias em geral.[14] De fato, os estudos da linguagem têm-se mostrado úteis na investigação sobre a maneira como se dá essa estilização pelo uso de recursos linguísticos e semióticos. Com seu foco na linguagem-em-uso, tais investigações se mostram preocupadas com a forma como o que Butler chama de "estrutura reguladora altamente rígida" (significados e estruturas macrossociais) comparece no e limita o uso de determinados recursos semióticos no âmbito mais capilar de nossa vida em sociedade, os microdetalhes de nossas interações sociais.

Tais investigações, entretanto, deixam em segundo plano dois aspectos centrais da proposta butleriana: a repetição; e a produção local de uma "substância" que impinge às performances identitárias sua aparência de atributo essencial dos indivíduos. É aqui que o estudo das dinâmicas de aprendizagem da narrativa de *transexual verdadeiro* implica uma problematização do que tem sido considerado o contexto de análise em grande parte dos estudos da linguagem. Nesse campo, tem-se investigado eventos comunicativos (Hymes, 1972), a ordem interacional (Goffman, 2002a) ou a fala-em-interação (Schegloff, 2007), eventos bem delimitados de nossa vida social.

Contudo, a repetição, que para Butler é central na construção performativa de sentidos identitários, e a produção de uma "aparência de substância", quando presentes nas análises, são investigadas dentro das fronteiras textuais de determinados encontros comunicativos. Essa abordagem limita a compreensão dos processos microinteracionais e macrossociológicos que (in)formam e possibilitam a projeção de certos sentidos identitários no evento situado. O que o precede (e possibilita seu desenvolvimento local) e o sucede (e garante a solidificação de determinada semântica e pragmática) não aparecem como eixo interpretativo para as performances discursivas investigadas.

Entender os processos de (des)aprendizagem dessa narrativa de *transexual verdadeiro* implica uma aposta no estudo da semiose *entre* encontros comunicativos (Agha, 2005, 2007). Com isso, veremos como a conectividade entre encontros, estabelecida pela repetição de recursos semióticos que viajam entre um evento e outro, configura trajetórias de socialização (Wortham, 2005, 2006) durante as quais pessoas transexuais acabam por se transformar em um tipo reconhecível de sujeito. Essa (des)aprendizagem acontece pela adoção paulatina, em suas performances identitárias para/com a equipe da saúde, de certos signos de identidade disponibilizados pelos saberes que produzem a transexualidade como fenômeno digno de intervenção médica. Nessa perspectiva, nossas performances identitárias locais só ganham sentido dentro de um arcabouço translocal de significados e discursos (Pennycook, 2010), que extrapola o evento comunicativo e o situa em uma história que (in)forma esse presente.

Em vez de nos preocuparmos somente com o que está preso nas fronteiras textuais, semânticas e linguísticas (tal como coesão, pré e pós-modificação, regência verbal etc.), na perspectiva translocal focalizamos a constituição histórica e ideológica dos sistemas de saber/poder que forjam a interpretação de determinados recursos semióticos. *Grosso modo*, tal posição apregoa que nossa atenção analítica se volte para: as relações intertextuais entre signos dos quais fazemos uso e que ligam um encontro a outro no tempo; relações contextuais (quem diz o que para quem onde, quando e por que); e implicações ideotextuais, ou seja, quais os efeitos do uso de determinados signos, com que investimentos identitários e ideológicos e quais os discursos e as crenças que os sustentam (Pennycook, 2010). Adotar essa abordagem implica considerar que os recursos semióticos disponibilizados por determinados discursos estão no mundo, são parte constitutiva da vida social; nesse sentido, usar um determinado signo é se engajar em ação social que produz localmente e reproduz translocalmente certas relações históricas, culturais, políticas, sociais e identitárias.

Assim, entender a performance de uma narrativa de *transexual verdadeiro* em consultório e os processos microinteracionais que levam a sua gradual solidificação durante os anos de participação no Processo implica uma historicização dos discursos que translocalmente forjaram a transexualidade como um transtorno mental. Essa empreitada é elaborada no capítulo 1, no qual, a partir de uma perspectiva foucaultiana sobre as dinâmicas pelas quais indivíduos se tornam sujeitos, discuto o dispositivo da transexualidade, seus sistemas de conhecimento patologizante e os recursos semióticos que disponibiliza. Essa discussão será feita com base em estudos que têm criticado o descompasso

entre os critérios diagnósticos e as variadas e contingentes formas de pessoas transexuais construírem suas corporalidades e subjetividades (Bento, 2006, 2008; Lima, 2010, 2011; Teixeira, 2013).

Dando continuidade à discussão sobre os saberes/poderes que regem práticas de atenção à saúde trans-específica, no capítulo 2, examino os desdobramentos dos discursos que patologizam a transexualidade para o contexto brasileiro. Neste capítulo, historicizo a emergência do Processo Transexualizador no SUS. Além disso, nele descrevo o contexto de pesquisa, ou seja, o PAIST, os procedimentos metodológicos adotados e os dados gerados durante o trabalho de campo, realizado ali durante 13 meses.

No capítulo 3, por sua vez, apresento a aposta teórico-analítica adotada na pesquisa. Neste capítulo, discuto os preceitos para a análise da semiose entre encontros comunicativos (Agha, 2005) com base no conceito de trajetória de socialização (Wortham, 2005, 2006). Argumento que a conectividade entre diferentes eventos constituintes das práticas hodiernas do PAIST se dá pela repetição situada de elementos dos sistemas de conhecimento que patologizam a transexualidade. Tento ilustrar a forma como, nos microdetalhes interacionais das consultas, as sucessivas e graduais reentextualizações desses recursos semióticos acabam por obliterar formas particulares, contingentes e *leigas* de vivenciar a transexualidade em favor da confecção de uma narrativa que satisfaça as exigências do CFM e do MS para o Processo. Neste capítulo aparece pela primeira vez, nesta obra, o estudo de interações cotidianas ou análise interacional de cunho interdisciplinar, também desenvolvida em capítulos seguintes. Nesse tipo de investigação, se observa o uso da linguagem quando de seu acontecimento e, para tanto, se lança mão de gravações em áudio ou vídeo, que posteriormente são transcritas, a fim de registrar as interações. Utilizei em minha pesquisa as convenções de transcrição propostas por Jefferson (2004) as quais tentam representar a fala da forma como ocorreu (Anexo A). Essas convenções oferecem subsídios para estudar como detalhes da interação – por exemplo, turnos de fala simultâneos, pausas, interrupções, silêncios, alongamentos de som, repetições etc. – contribuem para construção da relação local entre interagentes.

É importante enfatizar que, quando transcrita (nos excertos), a fala é representada da maneira como foi produzida pelo/a falante; ou seja, não são feitas correções para adaptá-la à sua forma escrita convencional ou à norma culta (se o/a falante disse "os menino foi vê o plobrema", assim o enunciado será transcrito). No entanto, para facilitar a leitura de não especialistas e, assim,

dialogar mais facilmente com leitores/as de outras áreas do conhecimento, quando retomados no corpo do texto, os trechos das transcrições são adaptados à forma escrita padrão, sem as marcas de transcrição. Ressalto, contudo, que as análises das interações foram elaboradas com base nas gravações – que foram repetidamente ouvidas – e não no texto transcrito.

Seguindo esse tipo de análise microssociológica, nos capítulos 4 e 5, ponho sob escrutínio os dados etnográficos e interacionais gerados nos 13 meses de trabalho de campo elaborado no PAIST. No capítulo 4, especificamente, examino os detalhes de uso de linguagem, as capilaridades interacionais, por meio dos quais pessoas transexuais vão paulatinamente sendo expostas aos signos constituintes da narrativa que performativamente produz o TIG. Defendo que é pela sequencialidade turno a turno das interações, na qual a sequência pergunta-resposta desempenha papel central para a elaboração do diagnóstico, que a narrativa de *transexual verdadeiro* é coconstruída entre profissionais da saúde e usuários/as do programa. Para tanto, traço trajetórias interacionais entre a equipe do PAIST e usuários/as e investigo a maneira como a conectividade entre esses encontros comunicativos se dá via o desenho e o conteúdo das perguntas feitas pelos/as profissionais e sua organização sequencial. Analiso, assim, como essas perguntas comparecem na emolduração do conteúdo e da forma narrativos diagnosticamente apropriados para que se elabore uma performance de *transexual verdadeiro*.

No capítulo 5, apresento o resultado esperado dessa trajetória de socialização, ou seja, a narrativa de *transexual verdadeiro*, e analiso de que maneira a confecção de uma narrativa adequada para as funções diagnósticas da equipe de saúde, em vez de garantir a classificação dos/as usuários/as como *transexuais verdadeiros*, contraditoriamente, se apresenta como um obstáculo para a construção de relações intersubjetivas baseadas em confiança mútua e no efetivo cuidado à saúde de pessoas transexuais.

No capítulo 6, exponho as implicações do estudo para que, no SUS, se reaprenda a cuidar da saúde de pessoas transexuais com base em um modelo narrativo-performativo da identidade. Tal modelo valorizaria as formas contingentes e locais de se vivenciar a transexualidade, transformando, assim, pacientes em pessoas.

Partindo do pressuposto de que fazer pesquisa é inevitavelmente fazer política (Moita Lopes, 2006a, 2010, 2012), o estudo sobre como pessoas transexuais vão, com e pelos/as profissionais da saúde, gradualmente renunciando seus entendimentos individuais sobre suas experiências em favor de saberes patologizantes se engaja com o movimento internacional *Stop Trans Pathologization*.

Assim, nesta obra poderemos vislumbrar alternativas para que, no Processo Transexualizador, se reaprenda a cuidar da saúde de pessoas transexuais com base em formas locais de vivenciar a transexualidade (Geisler, 2015), desbancando os protocolos diagnósticos universalizantes e as práticas interacionais e subjetivas de desaprendizado e desidentificação que eles engendram.

Pesquisa alguma é feita em um vácuo social. Múltiplas redes de apoio acadêmico, intelectual, social, emocional e financeiro se sobrepuseram durante os anos de elaboração deste estudo e não só o possibilitaram, mas, sobretudo, o constituíram. A mesma coisa acontece com o pesquisador: a partir das interações com os membros dessas redes, desaprendi a ser quem eu era para ser hoje um pesquisador (e um sujeito) diferente. Por isso, gostaria de agradecer às pessoas e instituições que, de variadas formas e intensidades diferentes, contribuíram para a produção desta obra e amadurecimento das ideias aqui defendidas. Meu muito obrigado a Luiz Paulo da Moita Lopes, Branca Falabella Fabrício, Fátima Lima, Ana Cristina Ostermann, Flávia do Bonsucesso Teixeira, Elizabeth Sara Lewis, Rogério Tílio, Paula Szundy, Daniel Silva, Ben Rampton, Mel Cooke, Tommaso Milani, Nicholas Rose, Alexandra Georgakopoulou, Guy Cook, Roxy Harris e Rachel Heinrichsmeier.

Algumas pessoas transexuais que encontrei antes, durante e após o trabalho de campo também foram fundamentais para meu crescimento como pesquisador e, principalmente, como pessoa. Sou grato a Mariah Rafaela Cordeiro Gonzaga da Silva, Kathyla Katherine Valverde, Maiara Fafini, João W. Nery, Benjamin Neves e Leonardo Peçanha. Esta pesquisa não teria sido possível sem a participação das/os usuários/as do serviço de saúde aqui investigado. A elas e eles sou grato por me terem mostrado os prazeres e as agruras da vida generificada, por terem aceitado participar da pesquisa, me ensinado que determinação e vontade são fundamentais para se conseguir o que se quer, por mais difícil que pareça. Agradeço também à equipe de profissionais de saúde do PAIST por me ter permitido realizar a pesquisa em seus consultórios, pela acolhida e acesso que me deram às suas práticas diárias no programa.

O período de estágio de doutorado na King's College em Londres foi decisivo para os rumos que a pesquisa tomou. Assim, agradeço à Capes pela concessão da bolsa. Finalmente, não posso deixar de reconhecer a relevância dos/as participantes do Núcleo de Estudos em Discursos e Sociedade (Nudes) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde o estudo foi nutrido epistemológica, metodológica e analiticamente.

Nas (des/re)aprendizagens movimentadas pelo ato de pesquisar, o *eu* renuncia um pouco de si e se torna outro; nessas relações, tanto pesquisador/a quanto a pesquisa em si são constituídos pelas marcas que tais redes de apoio deixam. Desaprender é um processo árduo e longo que envolve mudanças radicais no que somos e a possibilidade de repensarmos, como diria Foucault, o que podemos nos tornar.

1

Receita para se Tornar um *Transexual Verdadeiro*: assujeitamentos e resistências

Como o sujeito se tornou, ele próprio, um objeto de saber possível, através de que formas de racionalidade, de que condições históricas e, finalmente, a que preço?

Michel Foucault

O dispositivo da transexualidade constitui um amálgama "de saberes (...) relações e práticas de poder, [que] estabelecem sobre os corpos, o sexo e a sexualidade toda uma organização conceitual e prática que (...) legitimou a transexualidade como um fenômeno (...) do âmbito médico, principalmente psiquiátrico" (Lima, 2011: 119). No Brasil, pesquisadores/as de diversas áreas (por exemplo, antropologia, sociologia, história, medicina social, entre outras) têm investido na elaboração de uma genealogia desse dispositivo (Bento, 2006, 2008; Arán, 2006; Murta, 2007, 2011; Arán, Murta & Lionço, 2009; Lima, 2010, 2011; Leite Jr., 2011; Teixeira, 2013).

Diante desse cenário, neste capítulo me engajo com a literatura socio-antropológica sobre o dispositivo da transexualidade e ofereço um *précis* do campo de forças que (trans)formam a transexualidade em um transtorno mental, disponibilizando certos recursos semióticos para a identificação (e, em termos foucaultianos, governo) de *transexuais verdadeiros*. Essa discussão será guiada por uma historicização da produção de saberes que objetificam as vivências trans dentro dos campos médico e *psi*, universalizando-as por meio de uma norma psiquiátrica e, dessa forma, conferindo-lhes legitimidade como foco de atenção (e intervenção) desses campos. A coadunação desses saberes em

protocolos diagnósticos e de manuseio clínico e sua solidificação textual nos manuais publicados pela APA (o DSM), pela OMS (o CID) e pela WPATH (o SOC) potencializam a materialização do dispositivo em práticas institucionais que, como veremos no decorrer deste livro, funcionam como vetor de sua reatualização ao reduzir a multiplicidade das vivências trans à narrativa de *transexual verdadeiro*.

Cabe dizer que, em razão da sua amplitude e diversidade, não é possível esgotar aqui os fenômenos que constituem o dispositivo da transexualidade. De fato, dada a abrangência de estudos sobre este dispositivo em áreas como a antropologia, a sociologia e a medicina social a discussão que apresento é necessariamente seletiva e tem por objetivo: familiarizar estudiosos/as da linguagem e outros/as com este debate e contextualizar esta pesquisa dentro desse campo de saberes/poderes que movimenta a psiquiatrização (Murta, 2007) das vivências transexuais.[15]

Dispositivos e a (Tran)Sexualidade

No bojo da empreitada intelectual de Foucault, está a historicização da mudança dos regimes de governo baseados na figura do soberano para os regimes de biopoder e a constituição das sociedades disciplinares (Dreyfus & Rabinow, 2010). Nesse processo, o poder de governo dos indivíduos deixou de ser centralizado na figura do soberano e se diluiu em conjuntos de discursos e práticas institucionais sustentadas por saberes específicos. Central para as discussões foucaultianas é o conceito de dispositivo. Consoante o filósofo francês, dispositivos são "um conjunto heterogêneo de práticas discursivas e não discursivas que possuem uma função estratégica de dominação. O poder disciplinar obtém sua eficácia da associação entre discursos teóricos e práticos" (Foucault, 2013a: 364). Os dispositivos são, assim, a rede que se pode estabelecer entre "discursos, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas" (Foucault, 2013a: 364) que capturam indivíduos, assujeitando-os como determinados tipos de sujeitos.

Deleuze (1990: 155) explica que um dispositivo é "um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferente": a linha de visibilidade (que delimita o que pode ser visto/mostrado e como se deve vê-lo), a linha de enunciação (que produz o que pode ser dito e como dizê-lo e ouvi-lo), a linha de forças (a dimensão do poder, seus embates, resistências e as fissuras que

podem produzir) e a linha de subjetivação (que movimenta os processos de individualização e assujeitamento às normas do dispositivo).

O jogo multiforme estabelecido entre essas linhas permitiu a Foucault "criar uma história dos diferentes modos pelos quais os seres humanos (...) se tornam sujeitos" (Foucault, 2010: 273) ao investigar em sua obra três modos de objetificação das experiências humanas (Foucault, 2010; Rabinow, 2002):

1) Práticas divisórias: "modos de manipulação que combinam a mediação de uma ciência (ou pseudociência) e a prática de exclusão, geralmente num sentido espacial, mas sempre num sentido social" (Rabinow, 2002: 32), dividindo o sujeito dentro de si ou dos outros e singularizando indivíduos (o louco e o são, o doente e o sadio, o normal e o anormal etc.).
2) Classificação científica: a produção de categorias científicas e a construção de tipos institucionalmente reconhecíveis de pessoas, como na "objetificação do sujeito falante na gramática, filologia e linguística (...) [ou] a objetificação do sujeito produtivo, o sujeito que trabalha, na análise da riqueza e da economia. Ou a objetificação do simples fato de se estar vivo na história natural ou na biologia" (Foucault, 2010: 273).
3) Subjetivação: processos de autoformação nos quais a pessoa elabora práticas de autovigilância e governo de suas condutas, o que Foucault (1988) chama de técnicas de si.

Esses três modos de objetificação se coadunam e produzem sujeitos que, segundo o filósofo, são "sujeito[s] ao outro por meio do controle e da dependência e ligado[s] à sua própria identidade através de uma consciência ou do autoconhecimento" (1988: 278). Com o conceito de dispositivo, portanto, Foucault desvela processos de assujeitamento que produzem determinados tipos de sujeitos por sua cooptação em campos de saberes que, estabelecendo jogos de poderes entre si, configuram sua relação com os outros e consigo. Tais processos instauram e mobilizam uma multiplicidade de "operações nos corpos das pessoas, sobre suas almas, sobre seu próprio pensamento, sobre sua própria conduta" (Foucault, 1993: 209), isto é, técnicas de si que colocam um corpo e uma subjetividade sob as tramas de saberes/poderes que compõem um dispositivo. Tais técnicas envolvem um processo de autoformação fomentado por uma figura de autoridade (médico, padre, psicanalista etc.) que catalisa os elementos heterogêneos do dispositivo e os projeta no outro (Rabinow, 2002), desencadeando, assim, processos multiformes de assujeitamento.

Contudo, o assujeitamento engendrado por dispositivos não acontece de forma pacífica. Já que "lá onde há poder, há resistência" (Foucault, 2003: 91), constituir-se como sujeito implica uma relação dialógica com as normas e os regimes de verdade que os sustentam. Nas linhas de força do dispositivo, emaranham-se práticas de controle e possibilidades de resistências para as quais o próprio dispositivo fornece os instrumentos.

Se, na discussão foucaultiana sobre o dispositivo da sexualidade (Foucault, 2003), a homossexualidade – como categoria médica e social – e os/as homossexuais – como sujeitos – surgiram quando começaram a ser esquadrinhados pelos saberes médicos, um processo semelhante engloba a transexualidade. Indivíduos que relatam extremo desconforto com seu corpo e desidentificação com o gênero atribuído no nascimento se tornaram um problema quando receberam um nome e uma descrição no campo de saberes médico e *psi*. Sua história científica e cultural pode ser dividida em quatro fases (Castel, 2001):

1) Início do século XX: origens da sexologia com Magnus Hirschfeld, baseada em uma ambição taxonômica positivista e no ativismo em prol da despenalização da homossexualidade;
2) Entre as décadas de 1930 e 1960: desenvolvimento da endocrinologia e seu behaviorismo endocrinológico;
3) Década de 1950: invenção do conceito de gênero com base na sociologia empírica norte-americana;
4) Década de 1970 até hoje: reivindicação política pela despatologização.

Os indivíduos que, para a APA, sofrem de um transtorno de identidade de gênero estiveram no epicentro de embates de demarcação epistemológica entre, principalmente, as décadas de 1950 e 1970: diferentes ciências tentavam explicar as características comuns entre pessoas transexuais e a gênese da transexualidade com base em suas próprias lentes científicas e seu entendimento sobre o lócus da identidade sexual. Bento (2006) sublinha que esses embates entre saberes produziram distintas explicações que, embora contraditórias entre si, culminaram na inclusão da transexualidade no DSM em 1980.

De acordo com Bento (2006), a categorização científica da transexualidade seguiu duas vertentes principais: uma biologista, que entendia o transtorno como residindo na estrutura biológica do corpo e defendia as cirurgias de transgenitalização; e outra psicanalítica, que considerava o papel da socialização primária na constituição da identidade de gênero e entendia a transexualidade

como um desvio da socialização *correta*, sendo, assim, contra a banalização das cirurgias de transição.

Nesse campo de conflitos entre saberes, três figuras são centrais na definição do que no DSM se chama de TIG: o endocrinologista Harry Benjamin, o psicólogo John Money e o psicanalista Robert Stoller. Embora contraditórias entre si no que tange à gênese e à administração clínica de pessoas transexuais, as teorias de Benjamin, Money e Stoller são, em grande medida, repetidas nos critérios diagnósticos da APA, da OMS e da WPATH, solidificando recursos semióticos que indexicalizam a transexualidade *autêntica*, e servem de arcabouço diagnóstico para identificar os *transexuais verdadeiros*.

À Procura da Verdade do *Transexual Verdadeiro*

O endocrinologista alemão radicado nos Estados Unidos Harry Benjamin é talvez a personalidade científica mais proeminente na produção dos sujeitos que hoje supostamente padecem de TIG. Sua primeira incursão nessa seara foi em 1953 quando da publicação do artigo "Transvestism and transsexualism", no qual esse médico tentava delimitar as diferenças entre travestis e pessoas transexuais. Para Benjamin, o travestismo seria "uma forma de *fetichismo*. Se um homem (...) usa, por baixo de suas roupas normais, um corpete feminino, ou meias longas de mulher, ou, ainda, calcinhas próprias do belo sexo, é possível que ele apenas deseje ficar mais perto do seu fetiche amado" (Benjamin, 1965: 213). Ao passo que o

> transexualismo constitui um problema diferente e de muito maior amplitude. Trata-se, aqui, de algo muito mais sério do que simplesmente desempenhar o papel do sexo oposto. Trata-se, aqui, do *desejo intenso, por vezes obsessivo, de mudar completamente de estado sexual, inclusive da estrutura orgânica.* (Benjamin, 1965: 214, destaques do original)

A explicação para a gênese desse "desejo obsessivo" de modificação corporal, em Benjamin, deve ser encontrada na biologia do corpo, sendo ele o principal defensor das cirurgias de transgenitalização (para as quais dá centralidade diagnóstica) e o maior opositor da vertente psicanalítica, como discutem Castel (2001), Bento (2006, 2008) e Leite Jr. (2011). Em Benjamin, o desejo pelas cirurgias é condição *sine qua non* na identificação daqueles que ele denomina *transexuais verdadeiros*.

Em 1966, Benjamin publica a obra *The Transsexual Phenomenon*, na qual sistematiza suas pesquisas endocrinológicas sobre a estrutura do sexo e se lança ao esquadrinhamento do *transexual verdadeiro*. Como explicação para a gênese da transexualidade, Benjamin acreditava que o sexo humano era composto por oito diferentes "sexos": o cromossômico (ou genético), o gonádico, que se subdividia em germinal (para procriação) e endocrinológico, o fenotípico, o psicológico, o jurídico e o social.

Benjamin defendia que o sexo psicológico era o mais autônomo, podendo ocorrer em oposição aos demais, contudo não era, em sua visão, produto das relações sociais dos indivíduos, mas sim da influência dos hormônios no comportamento. O endocrinologista explicava que o distanciamento do sexo psicológico dos outros podia alcançar diferentes níveis de intensidade e, com isso, defendia a ideia de que havia seis tipos de transexualidade: pseudotravesti (tipo I), travesti fetichista (tipo II), travesti verdadeiro (tipo III), transexual não cirúrgico (tipo IV), transexual de intensidade moderada (tipo V) e transexual com alta intensidade (tipo VI). Somente os mais intensos (tipos V e VI) poderiam ser classificados como *transexuais verdadeiros* e se beneficiariam das cirurgias de redesignação.

Nessa produção de fronteiras entre diferentes práticas de cruzamento de gênero, a transexualidade ganhou um estatuto científico próprio a partir da obra de Benjamin, que "legitima [sua] entrada nos discursos e práticas médicas, projetando (...) visibilidade ao campo" (Lima, 2011: 124). O *transexual verdadeiro*, em Benjamin, seria invertido, ansioso, assexuado e, paradoxalmente, heterossexual. Em outras palavras, ele

> 1) vive uma inversão psicossocial total; 2) pode viver e trabalhar como uma mulher, mas apenas vestir as roupas não lhe dá alívio suficiente; 3) tem intenso mal-estar de gênero; 4) deseja intensamente manter relações com homens e mulheres normais; 5) solicita a cirurgia com urgência; 6) odeia seus órgãos genitais. (Benjamin, 1999: 45)

Ao propor uma lista de características que distinguiriam *transexuais verdadeiros* de pessoas com um menor nível do suposto transtorno de identidade de gênero, o livro de Benjamin, assim como qualquer discurso científico, não só descreve um dado *problema*, mas produz o objeto sobre o qual fala (Martínez-Guzmán & Íñiguez-Rueda, 2010). Dessa forma, a obra do endocrinologista se apresenta como um mecanismo performativo que servirá de guia na produção dos critérios diagnósticos preconizados pelo DSM-IV e pelo CID-10.

Outra figura exponente na história do dispositivo da transexualidade é o psicanalista norte-americano Robert Stoller, defensor da principal vertente de explicação psicanalítica para a gênese e administração clínica de indivíduos transexuais. Seu livro *A Experiência Transexual* (1982) é até hoje referência obrigatória para profissionais da saúde que trabalham com pessoas transexuais (Bento, 2006). Antes de nos debruçarmos sobre a obra de Stoller, todavia, é necessário entender a forma como esse autor compreende gênero.

Stoller é tributário do trabalho do professor de psicopediatria John Money, membro do legendário Hospital Universitário John Hopkins, no qual trabalhava com crianças chamadas, à época, de hermafroditas. Em 1955, Money publica suas primeiras teses sobre o conceito de identidade de gênero, apoiadas na sociologia funcionalista norte-americana e na teoria dos papéis sociais desenvolvida pelo sociólogo Talcott Parsons. Money constrói, assim, "uma discussão em torno do conceito de identidade e papel sexual, instaurando no âmbito médico o debate sobre os comportamentos sexuais para além da dimensão biológica do sexo" (Lima, 2011: 124).

O psicopediatra defendia que o gênero era resultado de nossa socialização, era aprendido socialmente, ao passo que sexo se referia à determinação biológica do corpo. Como observa Bento (2006), as teses de Money não defendiam a determinação do social sobre o natural, mas sim acreditavam que o social via ciência médica e instituições poderia assegurar e solidificar a diferença entre os sexos. Money introduz no campo de saberes médico e *psi* o conceito de identidade de gênero ao defender uma cisão entre a ideia de um determinismo biológico do sexo e aquela de que os comportamentos sexuais são culturalmente modelados. Assim, para Money, a constituição da identidade de gênero e dos papéis sexuais era resultado da socialização, que, quando efetuada dentro dos padrões socialmente aceitos, deveria garantir uma linearidade entre o biológico (sexo) e o social (gênero).

Seguindo o influente trabalho de Money, Stoller concentrou seus esforços em analisar os processos de socialização que supostamente levariam, na vida adulta, a uma identidade de gênero adequada ao sexo atribuído. Para tanto, o psicanalista trabalhou com meninos cujos pais os consideravam "efeminados". Em seu livro, Stoller propõe que os comportamentos inadequados de gênero nas crianças (que poderiam motivar o desejo de se submeter às cirurgias de redesignação sexual no futuro) são produto de dinâmicas psicossociais traumáticas impostas pela relação disfuncional com seus pais, especialmente a mãe. Seguindo os ensinamentos de Freud e seu conceito de complexo de castração, Stoller

caracterizava a mãe do *transexual verdadeiro* como extremamente invejosa dos homens; essa inveja expressaria seu desejo inconsciente de ser homem.

O menino efeminado que pode vir a ser um adulto transexual, para Stoller, é produto dessa dinâmica familiar: mãe dominadora + pai ausente = filho *transexual verdadeiro*. Na perspectiva do autor, então, quando defrontado com uma criança desse tipo, o terapeuta deveria servir de "representante da sociedade, da saúde e da conformidade com a realidade externa" (Stoller, 1982: 80) provendo a criança com um modelo de masculinidade. Stoller acreditava que se houvesse intervenção psicanalítica ainda na infância o comportamento de gênero apropriado poderia ser inculcado via o que ele chamou de "complexo de Édipo terapeuticamente induzido" (1982: 101), no qual o terapeuta faz com que a criança se desidentifique de sua mãe freudianamente invejosa e, ao se distanciar dela psiquicamente, volte a gostar de atividades e roupas tipicamente masculinas. Stoller é, assim, um opositor das cirurgias de transgenitalização que, segundo ele, podem ser evitadas se uma abordagem terapêutica apropriada for elaborada. Sobretudo, o que Stoller traz para a clínica é a centralidade da infância na narrativa de *transexuais verdadeiros*; essa centralidade indica que brincadeiras e preferências infantis devem ser encaradas como sintomas de um transtorno psiquiátrico.

Nas entrelinhas dessa historicização parcial da produção de saberes que sustentam o dispositivo da transexualidade e que, na visão de Foucault, objetificam e legitimam no âmbito médico um determinado tipo de sujeito transexual, percebemos que esse dispositivo é moldado, em variados níveis, por duas racionalidades:[16] a biomedicina (Camargo Jr., 1997) e a matriz de inteligibilidade de gênero (Butler, 2003).

Vinculada a conhecimentos produzidos por disciplinas *duras* como a biologia, a racionalidade biomédica tem um caráter generalizante que visa à produção de discursos com validade universal, guiada por uma visão mecanicista da dinâmica saúde-doença, de acordo com a qual se isolam componentes das doenças para reintegrá-los em funcionamento no sistema após a descoberta de suas causas (Camargo Jr., 1997). Leis generalizantes importam mais que a vida individual dos sujeitos e seus próprios entendimentos locais sobre sua saúde.

Pautada na dicotomia normalidade *versus* patologia, a biomedicina originou-se da anatomoclínica e seu foco no corpo, nos nexos entre doenças e causas etiológicas, em como curá-las e em sua procura por objetividade científica (Foucault, 2001a). Tal racionalidade se materializa claramente em práticas diagnósticas com as quais se visa à identificação de doenças, seu percurso

temporal e suas causas com base em *gestalts* semiológicas que constroem as doenças como constelações de sinais e sintomas observáveis e interpretáveis (Camargo Jr., 1997). A clínica seria, assim, guiada pela produção de diagnósticos com base em quadros sindrômicos alojados em uma grade na qual se fazem a leitura e o enquadramento da doença. A centralidade da doença, de seus sinais e sintomas e a procura por sua causa acabam por apagar a pessoa, que não é tratada como agente nos processos de adoecimento e de compreensão de sua condição. Em outros termos, "a pessoa é substituída pelo diagnóstico e, assim, todas as ações decorrentes do diagnóstico são dirigidas à patologia reconhecida" (Teixeira, 2013: 115). Dessa forma, a pessoa se torna paciente.

De acordo com Oliveira (2014: 22), a racionalidade biomédica "com toda sua cientificidade, vem-se tornando (...) a tábua de salvação onde ansiamos encontrar estabilização neste mar revolto e imprevisível que é nossa existência". Nesse sentido, a autora pontua que a "missão outrora dos padres foi assumida pelo médico" (Oliveira, 2014: 22), qual seja "a consolação das almas e o alívio dos sofrimentos" (Foucault, 2001a).

Essa racionalidade é central nos processos de intensa medicalização de nossos corpos e subjetividades (Conrad, 2007): em uma época em que experiências humanas como o envelhecimento, a calvície, a libido, a (falta de) atenção etc. são definidas e tratadas como problemas de saúde, a ciência médica assume cada vez mais uma função de controle social por meio de sua pretensa objetividade e tecnologias de intervenção no corpo individual e coletivo como o Botox®, a finasterida, o Viagra®, a Ritalina® etc. Não é difícil vislumbrar a força dessa racionalidade na constituição do dispositivo da transexualidade na qual se tenta defini-la e esquadrinhá-la na procura por suas causas. Embora, como vimos, diferentes explicações tenham sido dadas, até hoje as ciências médica e *psi* não chegaram a um consenso e anseiam pelo dia em que a origem da transexualidade seja descoberta.[17]

Além da racionalidade biomédica, comparecem também nesse dispositivo elementos do que Butler (2003) chama de matriz de inteligibilidade de gênero. Essa racionalidade constitui uma gramática (Arán, 2006) prescritiva que institui como natural, normal e inquestionável a ligação linear e essencial entre sexo biológico, gênero, desejo sexual e subjetividade. A matriz de inteligibilidade de gênero sedimenta esses jogos de linguagem (Wittgenstein, 2000), isto é, pênis-homem/vagina-mulher, que dão sentido à vida em sociedade, constrangendo-a, determinando o que é possível, delimitando as fronteiras do inclassificável e traçando certas linhas de visibilidade e enunciação no dispositivo.

Nessa gramática, assevera Butler (2003: 37), "as pessoas só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões reconhecíveis de inteligibilidade de gênero", instituindo e mantendo relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. De acordo com Butler (2003), a heterossexualidade funciona como princípio organizador dessa matriz. No que se refere ao dispositivo da transexualidade, a norma heterossexual define os limites entre *transexuais verdadeiros* e outros indivíduos com menores graus de divergência entre gênero e sexo. Para citar um exemplo, Benjamin (1999: 30) assevera que

> alguns pesquisadores acreditam que as duas situações, travestismo e transexualismo, devem separar-se claramente, principalmente com relação a seu "sentimento sexual" e seus pares sexuais eleitos (objeto e eleição). O travesti – dizem – é um homem, sente-se como homem, é heterossexual e simplesmente quer vestir-se como uma mulher. O transexual se sente uma mulher ("aprisionada em um corpo de homem") e se sente atraída por outros homens. Isso faz dele um homossexual se seu sexo for diagnosticado com seu corpo. No entanto, ele se autodiagnostica segundo seu sexo psicológico feminino. Ele sente atração sexual por um homem como heterossexual, ou seja, normal.

Vemos nessa citação o protagonismo da heterossexualidade na explicação do fenômeno transexual. Para esse cientista, o *transexual verdadeiro* deseja se submeter a mudanças corporais em razão da sua heterossexualidade, que, após a cirurgia, reinstituiria a ordem normal das coisas: com uma vagina construída cirurgicamente uma mulher transexual se relacionaria com um homem cisgênero[18] heterossexual. A heterossexualidade tem, assim, um papel central na história do dispositivo da transexualidade: funciona como princípio do desejo pelas cirurgias e, portanto, das subjetividades de pessoas transexuais.

Receita para performances de *transexual verdadeiro*: a solidificação (em texto) dos saberes do dispositivo

A coadunação dos saberes discutidos anteriormente, embora nem sempre de acordo entre si, constitui um dos vetores de funcionamento do dispositivo da transexualidade ao impor uma norma psiquiátrica que rege a relação entre profissionais da saúde e usuários/as do Processo Transexualizador. Tal imperativo psiquiátrico emerge, em parte, da solidificação desses saberes em textos diagnósticos e de manuseio clínico como o DSM, o CID e o SOC.

Esses textos podem ser entendidos como artefatos catalisadores dos saberes que fazem da transexualidade uma questão digna de atenção da medicina e, dada sua centralidade no gerenciamento clínico de pessoas transexuais, instauram os campos de visibilidade (o que pode ser mostrado e como deve ser visto) e de enunciação (o que pode ser dito, como deve ser dito e como deve ser escutado) sobre os quais as relações entre profissionais da saúde e pessoas transexuais se dão. Embora não sejam os únicos (ou os mais importantes) vetores de funcionamento do dispositivo da transexualidade, nos programas brasileiros de atenção à saúde trans-específica, tais manuais são centrais no estabelecimento de relações entre os programas, como instituições, e seus/suas usuários/as transexuais, como determinados tipos de sujeitos.

No CID-10 da OMS, a transexualidade é denominada "transexualismo" e aparece no capítulo V cujo foco recai nos "transtornos mentais e comportamentais". Mais especificamente, ela figura no subgrupo F60-F69 sobre transtornos da personalidade e do comportamento adulto, sendo caracterizada como um "transtorno da identidade sexual" e recebendo o código F-64.0. Segundo o CID-10, o "transexualismo" é

> um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal-estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de se submeter a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado. (OMS, 1992)

Com essa definição, o CID-10 replica as características do transexual benjaminiano ao dar centralidade às cirurgias de redesignação no diagnóstico do "transexualismo". A esse respeito, de fato, há poucas diferenças entre o CID-10 e o DSM-IV na forma em que entendem o *transtorno*. O que no CID-10 é chamado de transexualismo no DSM-IV ganha legitimidade dentro do jargão psiquiátrico como transtorno de identidade de gênero (Russo, 2004) e recebe especificidade pela listagem de sinais e sintomas que o caracterizam e devem embasar seu diagnóstico.

O DSM-IV, por sua vez, estabelece os critérios diagnósticos para o que chama de "perturbações mentais, incluindo componentes descritivas, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais de saúde mental em todo mundo" (APA, 1994: xv); assim, seu alcance a nível internacional contribui para a circulação global de certas epistemologias médicas (Briggs, 2005; Borba, no prelo). A intenção explícita

do DSM é a de "proporcionar um guia útil para a prática clínica. Mediante a brevidade e concisão dos critérios, a clareza de expressão e a manifestação explícita das hipóteses contidas nos diagnósticos, se espera que este manual seja prático e de utilidade para os clínicos" (APA, 1994: xvi), sendo considerado a "bíblia da psiquiatria" (Sarbin, 1997: 233) por apresentar as bases diagnósticas para as "perturbações" nele listadas.

O DSM serve como uma das engrenagens na intensificação dos processos de medicalização da sociedade e fortalecimento do poder da racionalidade biomédica sobre o corpo coletivo e individual. A cada nova versão do manual, apesar das constantes críticas sobre a falta de confiabilidade dos critérios e a pouca atenção dada a questões de validade diagnóstica (Sarbin, 1997), o número de experiências humanas sujeitas à intervenção psiquiátrica aumenta: o DSM-I, de 1952, continha 106 categorias diagnósticas; em 1968, da segunda edição já constavam 182; no DSM-III, publicado em 1980, figuravam 205 categorias e em sua versão revisada (o DSM-IIIR), feita pública em 1987, esse número passou para 297. O DSM-IV, de 1994, enumera 390 categorias diagnósticas.[19] Por sua vez, o DSM-5 elenca pouco mais de 250 categorias. A oscilação dos números de transtornos elencados é testemunha do fato de que o DSM não é um tratado científico, mas sim uma construção social (Russo, 2004), um "produto de comitês negociando e renegociando a nomenclatura, um resultado de debate entre peritos/as para alcançar um consenso nos critérios para cada categoria diagnóstica" (Sarbin, 1997: 233). O aumento e a (recente) diminuição das classificações do DSM são indicativos das dificuldades epistemológicas e políticas de chegar a esse consenso sobre as bases diagnósticas.[20]

De acordo com o DSM-IV, há dois componentes no TIG que precisam estar presentes para que o diagnóstico seja dado:

> Deve haver evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste do desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto (critério A). Esta identificação com o gênero oposto não deve refletir um mero desejo de quaisquer vantagens culturais percebidas por ser do outro sexo. Também deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo atribuído ou uma sensação de inadequação no papel de gênero deste sexo (critério B). (APA, 1994: 532-533)

O diagnóstico não será realizado caso o/a usuário/a apresente "uma condição intersexual física concomitante (por exemplo, síndrome de insensibilidade aos andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita) (critério C)" (APA, 1994: 533),

o que o/a transformará em outro tipo humano de interesse médico, os/as intersexuais. Além dos critérios A e B listados, no DSM-IV pontua-se que "para que este diagnóstico seja feito, deve haver evidências de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (critério D)" (APA, 1994: 533).

Após a definição dos quatro critérios diagnósticos básicos, o texto do DSM-IV passa a caracterizar elementos do *transtorno* por estágios da vida. Vemos aqui a força de Stoller na delimitação da narrativa de *transexual verdadeiro* e na construção de padrões institucionais de textualidade que guiam programas de atenção à saúde trans-específica. Para esse psicanalista, como vimos, a origem do *transtorno* deve ser procurada na infância dos/as usuários/as. Corroborando parte das teorias de Stoller, o DSM-IV afirma que

> Em meninos, a identificação com o gênero oposto é manifestada por uma acentuada preocupação com *atividades tradicionalmente femininas*. Eles podem manifestar uma preferência por *se vestir com roupas de meninas ou mulheres* ou improvisar esses itens a partir de materiais disponíveis, quando os artigos genuínos não estão à disposição (...). Existe uma forte atração pelos *jogos e passatempos estereotípicos de meninas*. Pode ser observada uma preferência particular por brincar de casinha, desenhar meninas bonitas e princesas e assistir à televisão ou vídeos de suas personagens femininas favoritas. Bonecas *estereotipicamente femininas*, tais como Barbie. (...) Esses meninos *evitam brincadeiras rudes e esportes competitivos* e demonstram pouco interesse por carrinhos ou caminhões ou outros brinquedos não agressivos, porém *estereotipicamente masculinos*.
>
> As meninas com transtorno de identidade de gênero apresentam *reações negativas intensas às expectativas ou tentativas dos pais de que se vistam com roupas femininas*. (...) *elas preferem roupas de meninos e cabelos curtos* e com frequência são erroneamente identificadas por estranhos como meninos (...). Seus heróis de fantasia são, com maior frequência, *figuras masculinas poderosas*, tais como Batman ou Super-Homem. Ela pode declarar que quando crescer será um homem. Essas meninas tipicamente revelam acentuada *identificação com o gênero oposto* em brincadeiras, sonhos e fantasias. Essas meninas preferem *brincar com meninos*, e com eles compartilham *interesses em esportes de contato, brincadeiras rudes e jogos tradicionalmente masculinos*. Elas demonstram *pouco interesse em bonecas* ou em qualquer forma de roupas ou atividades femininas de faz de conta. Uma menina com este transtorno pode *recusar-se, ocasionalmente, a urinar sentada*. (APA, 1994: 533, destaques meus)

O papel da infância é significativo na elaboração do diagnóstico de TIG. Com efeito, na prática clínica esse critério se materializa nas frequentes perguntas de profissionais da saúde mental sobre o momento em que um/a usuário/a se sentiu pela primeira vez diferente dos/as demais. O DSM-IV exerce, nesse sentido, uma força performativa retroativa (Hacking, 2007): faz com que a infância seja relida nos termos do transtorno. Durante minhas observações e gravações das consultas, não foram raras as vezes em que ouvi pessoas transexuais relatarem aos profissionais da saúde mental do programa aqui estudado que se sentiam diferentes desde muito cedo. A memória é, assim, também afetada pela força performativa do diagnóstico. Celina, por exemplo, repetia para o psiquiatra que percebeu que era diferente dos outros meninos "quando eu tinha 3 anos" (Celina, notas de campo, 12 maio 2010). Gregory, por sua vez, afirmava que aos 2 anos de idade tentava retirar à força os brincos que a mãe o fazia usar. Ao ser desafiado pelo psiquiatra sobre o fato de ter uma memória espetacular, pois "afinal ninguém consegue lembrar de nada quando tinha 2 anos de idade" (Fernando, notas de campo, 21 out. 2009), Gregory rebateu dizendo que ele não lembrava disso, mas sua mãe o contou essa e outras histórias de quando era bebê que, segundo ele, confirmariam sua legitimidade como *transexual verdadeiro*.

Após sublinhar a centralidade da infância para o diagnóstico, o DSM-IV continua seu trabalho performativo que produz práticas de cruzamento de gênero como um transtorno psiquiátrico:

> Os adultos com transtorno de identidade de gênero preocupam-se com seu *desejo de viver como um membro do sexo oposto*. Esta preocupação pode manifestar-se como um *intenso desejo de adotar o papel social do sexo oposto ou adquirir a aparência física do sexo oposto através da manipulação hormonal ou cirúrgica*. Os adultos com este transtorno sentem *desconforto ao serem considerados ou funcionarem, na sociedade, como um membro do sexo designado*. Eles adotam em variados graus, o *comportamento, roupas e maneirismos do sexo oposto*. (...) A atividade sexual desses indivíduos com parceiros do mesmo sexo geralmente é limitada pelo fato de preferirem que os parceiros não vejam nem toquem seus genitais. (...) A preocupação com desejos do sexo oposto frequentemente interferem em atividades corriqueiras. (APA, 1994: 533, destaques meus)

Como esses trechos do DSM deixam claro, a construção da transexualidade como um transtorno é sedimentada pelas normas de gênero e pela matriz "reguladora altamente rígida" (Butler, 2003: 45) que objetiva manter relações

retilíneas e contínuas entre sexo, gênero e desejo. Está explícita na concepção do DSM-IV a premissa de que se um indivíduo tem um pênis, ele deve se engajar em atividades tidas como masculinas; se tem uma vagina, as atividades de seu interesse devem estar em consonância com o que é "estereotipicamente feminino". Qualquer desvio dessa rota, estabelecida em última instância pela genitália, deve ser considerado um sintoma do transtorno (Bento, 2006, 2008).

No entanto, como afirma Hacking (2004), as classificações científicas são tidas como neutras, sem agenda ideológica. Essa aparente neutralidade é, porém, discursivamente construída por meio de diferentes estratégias. Nesse sentido, Martinéz-Guzmán e Íñeguez-Rueda (2010) afirmam que o uso de imperativos explícitos, determinados tipos de atos de fala e implicaturas produzem o DSM-IV como um relato factual, o que disfarça seu subtexto ideológico e faz parecer que a linguagem científica é um meio meramente descritivo, sem julgamentos de valor. Aqui, contudo, não podemos esquecer, como Foucault (2003, 2006, 2011b) ilustra, que qualquer indivíduo classificado em virtude de desvio da uma norma é mensurado moralmente em termos de bom e ruim. A classificação científica funcionaria, veladamente, por ser elaborada com a "neutralidade" e "objetividade" da linguagem das ciências, como forma de controle social, objetificando o indivíduo desviante com o intuito de corrigi-lo e fazê-lo voltar ao caminho que a própria ciência produz como normal.

Na descrição do TIG no DSM-IV se inclui ainda uma seção intitulada "Características e transtornos associados" na qual assevera que

> Muitos indivíduos com transtorno da identidade de gênero *tornam-se socialmente isolados. O isolamento e o ostracismo contribuem para a baixa autoestima e podem levar à aversão e abandono da escola*. O ostracismo e a zombaria por parte dos seus pares são sequelas especialmente comuns para meninos com o transtorno. Os meninos com transtorno da identidade de gênero em geral exibem maneirismos e padrão de fala acentuadamente femininos. *A perturbação pode ser tão invasiva, que a vida mental de alguns indivíduos gira unicamente em torno de atividades que diminuem o sofrimento quanto ao gênero*. Eles preocupam-se frequentemente com a aparência, em especial no início da transição para uma vida no papel do sexo oposto. *Os relacionamentos com um ou ambos os pais também podem ser seriamente prejudicados*. Alguns homens com transtorno da identidade de gênero recorrem à automedicação com hormônios e podem, muito raramente, executar sua própria castração ou penectomia. *Especialmente em centros urbanos, alguns homens com o transtorno podem envolver-se em prostituição, o que os coloca em alto risco de infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Tentativas de suicídio e*

transtornos relacionados a substâncias estão habitualmente associados. (APA, 1994: 534-535, destaques meus)

Depreendemos desse trecho que quaisquer problemas relacionados com a vida social de pessoas transexuais são explicados em virtude do *transtorno*. Nas entrelinhas, o manual da APA faz uma inversão conceitual que se torna central para o cuidado em saúde trans-específico: a materialização de práticas e discursos transfóbicos, fonte principal dos problemas enfrentados por pessoas transexuais em suas vidas hodiernas, é apagada em nome do *transtorno*. A transfobia, assim, não existe no DSM; é o *transtorno* que causa sofrimento. Nesse cenário, o DSM-IV pontua que elas sofrem de ostracismo, que, no texto, parece ser um problema interior e individual. Não se problematiza o fato de que o isolamento social não é necessariamente uma escolha, mas sim uma necessidade, já que, por terem corpos e documentos que contradizem as verdades hegemônicas sobre os gêneros, essas pessoas estão sujeitas a receberem tratamentos preconceituosos e violentos.

Com efeito, as estratégias de sobrevivência social elaboradas por pessoas transexuais são no DSM-IV consideradas como produtos do *transtorno* e não como causadas por fatores externos. Essas estratégias de sobrevivência são, para o DSM-IV, motivadas pelo fato de "a perturbação ser tão invasiva que a vida mental de alguns indivíduos gira unicamente em torno de atividades que diminuam o sofrimento quanto ao gênero" (APA, 1994: 533) e não por necessidades impostas por um contexto social altamente categorizado em que não se admitem cruzamentos, áreas borradas e misturas na vida social. É esse contexto social que também pode "prejudicar o relacionamento com os pais", fazê-los/as se "envolver em prostituição", "tentar suicídio" e desenvolverem "transtornos relacionados a substâncias", drogadição. Para o DSM-IV, muitos sujeitos transexuais são expulsos de casa por seus pais, sofrem castigos físicos, abandonam a escola e alguns são obrigados a se prostituir em razão do *transtorno*; o manual não leva em consideração os efeitos materiais de discursos que sustentam a matriz de inteligibilidade de gênero e que produzem as pessoas transexuais como seres ininteligíveis socialmente.

O manuseio clínico de pessoas transexuais é estabelecido pelo *Standards of Care for the Health of Transexual, Transgender and Gender Nonconforming People* (SOC),[21] publicado pela WPATH. Esse texto pode ser entendido como mais um vetor da circulação dos saberes que conformam o dispositivo da transexualidade, pois a entende como uma questão de saúde mental e dá centralidade ao DSM e ao CID na elaboração do diagnóstico que, segundo o SOC, legitima

a presença de pessoas transexuais no consultório médico. Nesse cenário, o objetivo do SOC-6 é "articular o consenso da associação internacional sobre a administração psiquiátrica, psicológica e médica dos transtornos de identidade de gênero" e, assim, oferecer "direções flexíveis para o tratamento de pessoas" (WPATH, 2001: 1) que sofrem desses transtornos.

Segundo o SOC-6, "o envolvimento profissional com pacientes com transtorno de identidade de gênero envolve o seguinte: avaliação diagnóstica, psicoterapia, teste de vida real, hormonoterapia e cirurgias" (WPATH, 2001: 3). A avaliação diagnóstica deve seguir os critérios defendidos no DSM e no CID.

O teste de vida real requer que um/a candidato/a à cirurgia viva de acordo com o gênero de identificação por no mínimo dois anos e consiga estabelecer relações interpessoais e empregatícias durante esse tempo para que as cirurgias sejam autorizadas. Tal experiência envolve a adoção de uma estilística corporal e indumentária estereotipicamente associadas ao gênero de identificação e deve ser documentada por pessoas do convívio do/a usuário/a. Na prática, a grande maioria dos sujeitos transexuais que procuram o programa já se apresenta com roupas do gênero de identificação. Vale dizer que teste de vida real não é uma exigência explícita no programa de transgenitalização investigado aqui e, de fato, não é mencionado nas portarias que regulamentam o Processo. Contudo, esse teste funciona como um protocolo invisível (Bento, 2006), permeando sorrateiramente a relação médico\a-pessoa transexual. Por exemplo, Érika, uma mulher transexual já bastante feminilizada, usava calças jeans em uma consulta com o psiquiatra. Ele comentou sobre esse fato e perguntou a razão de ela não usar saias. Semanas mais tarde, Érika apareceu usando um vestido e fez questão de chamar a atenção do médico para isso. Algo semelhante aconteceu com Adir, um homem trans do programa. Ao entrar no consultório, o psiquiatra percebeu que Adir estava usando um "brinquinho" e disse que "isso é coisa de homem que quer virar mulher, que não é o seu caso, né?". Adir justificou a mudança no visual usando sua namorada como *bode expiatório*: "minha mulher que pediu. Ela gosta de homem com brinco, então eu fiz."

O período de dois anos serviria para dar garantias à equipe de profissionais da saúde de que o/a usuário/a consegue satisfazer as prerrogativas sociais de cada gênero e demonstrar que o/a usuário/a tem convicção de que deseja prosseguir com o *tratamento* até as cirurgias. Contudo, o SOC-6 não dá justificativas sobre os motivos para estabelecer o período de dois anos, o que evidencia seu caráter arbitrário. Essa arbitrariedade temporal, como veremos no próximo capítulo,

é replicada nos documentos do CFM e do MS que regulamentam o Processo Transexualizador.

Apesar de o SOC-6 indicar que "a crença no [conceito] de transexual verdadeiro tenha se dissipado quando se percebeu que tais pacientes eram raramente encontrados/as e que alguns dos primeiros transexuais verdadeiros falsificavam suas histórias para adequá-las às teorias sobre o transtorno" (WPATH, 2001: 4), quando define a função dos profissionais da saúde mental em programas de atenção à saúde trans, dá centralidade à avaliação psiquiátrica. De acordo com o SOC-6, tais profissionais devem "diagnosticar precisamente o transtorno de gênero do indivíduo" (WPATH, 2001: 6): um diagnóstico preciso com base em critérios avaliativos obscuros e com validade questionável (Sarbin, 1997). Assim, ao exigir um diagnóstico psiquiátrico no manuseio clínico de pessoas transexuais esse documento perpetua a crença de que se pode homogeneizar essa experiência. Como vimos, a racionalidade biomédica que legitima a transexualidade nos campos médico e *psi* se baseia em quadros de sinais e sintomas que devem ter validade universal. Dessa forma, colocar o diagnóstico de TIG, assim como defendido no DSM e no CID, como pré-requisito para a autorização de intervenções médicas reatualiza os saberes que construíram o conceito de *transexual verdadeiro*, que o SOC supostamente não corrobora.

Ao dar centralidade ao diagnóstico de TIG, o SOC-6 impõe uma função avaliativa aos/às profissionais da saúde, que devem, assim, mensurar o nível de adequação dos/as usuários aos critérios diagnósticos discutidos anteriormente e às verdades sedimentadas sobre gênero que, em grande medida, guiam os saberes que sustentam o dispositivo da transexualidade. Tal função fica ainda mais evidente quando o SOC define os parâmetros de elegibilidade e prontidão para a autorização das cirurgias:

> sem cumprimento dos requisitos de elegibilidade, o paciente e o terapeuta não deveriam requisitar hormônios e cirurgias. Um exemplo de requisito de elegibilidade é: uma pessoa deve viver em tempo integral no gênero preferido por 12 meses antes da cirurgia. Para satisfazer esse critério, o terapeuta deve documentar que a experiência de vida real ocorreu durante esse tempo. Os critérios de prontidão – consolidação da evolução da identidade de gênero e melhoria da saúde mental no papel de gênero novo ou confirmado – são mais complexos porque dependem da avaliação do médico e do paciente. (WPATH, 2001: 7)

O SOC-6, assim, ao definir as funções dos/as profissionais da saúde, constrange suas ações semióticas quando em interação com usuários/as trans,

impondo enquadres (Goffman, 1974) de avaliação diagnóstica e aferição da adequação aos estereótipos de gênero à atividade clínica.

A solidificação dos saberes que sustentam o dispositivo da transexualidade nesses protocolos diagnósticos e de manuseio clínico delimita as linhas de visibilidade e de enunciação que amarram as interações entre profissionais da saúde e usuários/as trans. Nas consultas em programas de transgenitalização, esses protocolos diagnósticos funcionam como uma "audiência fantasma" (Langellier, 2001) que constrange as ações sociais de pessoas transexuais e de profissionais da saúde, controlando (ou em termos foucaultianos, governando) tais ações para que se cumpra o *script* que homogeneíza e patologiza essa experiência identitária. O *transexual verdadeiro* funciona, assim, como um modelo metapragmático de identidade (Wortham, 2006) que guia os olhos e os ouvidos de profissionais da saúde e, como consequência, constrange as possibilidades narrativas de pessoas trans de contar suas próprias histórias de vida.

Despatologização: pela autonomia de falar de si por si

O dispositivo da transexualidade, ao construir uma trajetória de subjetivação única para as pessoas trans e, com isso, impor funções avaliativas às equipes médicas, funciona como uma máquina de "fazer ver e fazer falar" (Deleuze, 1990: 156). Nesse sentido, a narrativa de *transexual verdadeiro* produzida pelos saberes que sustentam o dispositivo exige que, em consultório médico, se façam ver performances estereotipadas do feminino e do masculino e que se conte uma história de vida que repita esta trajetória trans universal: descoberta da transexualidade numa tenra idade, ojeriza pelos órgãos genitais, estilística e práticas corporais estereotipadas, heterossexualidade (e, paradoxalmente, assexualidade), desejo inabalável pelas cirurgias de transgenitalização, tendência ao suicídio e à depressão etc. O dispositivo, assim, fala *pelas* pessoas trans e oblitera a multiplicidade de vivências e processos de subjetivação que as constituem, impondo aos/às profissionais da saúde a responsabilidade de decidir *por* elas sobre suas necessidades sanitárias. Nesse contexto, pessoas trans são impedidas de falar de si por si mesmas.

Num cenário no qual indivíduos transexuais têm a capacidade de se nomear usurpada e a voz negada (Coll-Planas, 2010) por um imperativo psiquiátrico patologizante e, em consequência da racionalidade biomédica que o guia, homogeneizante, as linhas de força do dispositivo têm-se tensionado

desde a emergência do movimento internacional pela despatologização das identidades trans, também chamado de STP-2012.[22] Atualmente composto por mais de trezentos grupos ativistas do mundo todo (Suess, 2012), esse movimento aproveita o fato de o DSM e o CID passarem por revisões periódicas para demandar

> a retirada das categorias 'disforia de gênero'/'transtorno de identidade de gênero' dos manuais diagnósticos DSM e CID, assim como a garantia dos direitos sanitários trans, incluindo a cobertura pública da atenção à saúde trans-específica. Assim, o movimento pela despatologização trans reivindica a substituição do modelo atual de avaliação para um enfoque baseado na autonomia e decisão informada. (Suess, 2011: 108)

A demanda por despatologização tem, de fato, enfrentado alguns entraves mesmo entre pessoas transexuais, pois acredita-se que a condição patologizada da transexualidade é o vetor que permite a inclusão dos serviços de saúde trans-específica nos sistemas públicos de saúde. Com efeito, esse é um dos argumentos contra a despatologização em âmbito nacional: sem a classificação do CID, o SUS seria legalmente proibido de custear o atendimento. No entanto, se considerarmos que o Brasil é um país autônomo, pode-se vislumbrar a possibilidade dessa retirada a partir da desvinculação do Processo Transexualizador do CID (Bento, 2012).[23]

Uma alternativa para a patologização, se realmente necessita da vigência do CID, seria a proposta elaborada por ativistas e pesquisadores/as trans em evento organizado em 2011 pela Global Action for Trans Equality (Gate). As discussões promovidas nesse evento propõem que a transexualidade seja retirada do capítulo sobre transtorno mentais e comportamentais do CID e passe a figurar em um capítulo à parte e independente das listas de patologias desse documento (Suess, 2010; Bento, 2012). Esse capítulo se intitularia "Cuidado à saúde das pessoas trans", sem referência alguma a transtornos e sem uma listagem causal de *sintomas*.

Mais do que simplesmente retirar a transexualidade dos manuais diagnósticos internacionais, o movimento pela despatologização demanda uma releitura das práticas clínicas trans-específicas. De fato, o modelo de avaliação e decisão centrado na interpretação das equipes médicas sobre o que pessoas trans lhes mostram e dizem em consultório tem sido foco de críticas por ativistas trans e acadêmicos/as engajados/as na luta pelo protagonismo trans (Geisler, 2015) no desenho de políticas públicas de saúde para esse nicho da população. De acordo com Suess (2010: 37),

> Este modelo de avaliação tem como pressuposto o caráter diagnosticável – e não escolhido – da identidade de gênero, limitando a possibilidade de participação da pessoa interessada no processo de decisão. Neste sentido, o atual regime de autorização na prática clínica do processo de redesignação sexual segue, em grande medida, um modelo paternalista de relação clínica, em contradição com o princípio bioético de autonomia e com o paradigma sanitário atual de uma atenção centrada no paciente.

Nesse sentido, a saída das categorias diagnósticas do DSM e do CID não promoveria somente "um deslocamento de termos ou reposicionamento em outro espaço da CID", mas produziria "a ruptura de um dispositivo que possui como alicerce o impedimento do reconhecimento do outro como sujeito capaz de dizer e decidir por si mesmo" (Teixeira, 2013: 286).

Tendo essas críticas em vista, a Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español publicou, em 2010, um *Guía de Buenas Prácticas para la Atención Sanitária a Personas Trans en el Marco del Sistema Nacional de Salud.* Esse documento, em contraposição ao SOC, sugere a "elaboração de protocolos alternativos e não patologizantes na atenção sanitária a pessoas trans" (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2010: 5) e demanda transformações no modelo avaliativo atual de atenção. Tal transformação da clínica implica a mudança do paradigma de enfermidade pelo paradigma dos direitos humanos, tendo em vista que a livre expressão da identidade de gênero é um direito fundamental reconhecido por declarações internacionais recentes, como os Princípios de Yogyakarta,[24] e que o modelo avaliativo deve ser substituído por um modelo baseado na autonomia e na decisão compartilhada, no qual pessoas trans tenham centralidade decisória e abertura narrativa para intervir no encontro clínico.

Essas transformações práticas envolvem o reconhecimento das pessoas trans como sujeitos ativos com "autonomia e responsabilidade sobre seus próprios corpos" que podem "tomar a palavra para falar de suas próprias vidas, algo que até agora os/as médicos/as têm feito com exclusividade" (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2010: 9). Com isso, se adequaria a prática médica ao paradigma da diversidade que rege a compreensão das identidades trans atualmente e se individualizaria o atendimento, minando a pretensão universalizante do dispositivo da transexualidade. Tendo essas premissas como pano de fundo, o *Guía de Buenas Prácticas* defende que as funções dos profissionais da saúde em programas de transgenitalização incluam:

1. Ajudar a pessoa a tomar consciência de que o problema não é sua identidade de gênero (independentemente de suas matizes e particularidades), mas sim a violência social (transfobia) praticada contra quem não se ajusta às normas sociais;
2. Ajustar as expectativas com a pessoa, tendo em conta que o tratamento médico é uma intervenção de caráter individual que não incide na raiz social do problema;
3. Evidenciar que as crises identitárias acontecem em contato com a realidade;
4. Informar a pessoa sobre os diferentes recursos comunitários e facilitar sua inserção em redes sociais;
5. Assegurar que a pessoa conheça os diferentes tratamentos médicos;
6. Oferecer acompanhamento terapêutico a pedido da pessoa;
7. Ser integrante de um conjunto de profissionais especializados/as na atenção a pessoas transgêneros;
8. Ter estudado sexologia ou psicoterapia em uma perspectiva não patologizante ou fazer parte de um grupo de estudos de gênero (estudos feministas, igualdade de gênero etc.);
9. Conscientizar familiares, profissionais da saúde e instituições públicas e privadas da diversidade e problemática da transfobia;
10. Estar acessível para demandas posteriores. (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2010: 27)

No contexto atual do sistema de saúde brasileiro, valorizar a autonomia dos/as usuários, sua capacidade decisória e a contingência de suas histórias de vida no encontro clínico está em sintonia com a Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2004) que visa a fomentar o protagonismo dos sujeitos que constituem o sistema de saúde e dele usufruem. Tal humanização envolve "troca de saberes (incluindo dos pacientes e familiares)" e a "produção de um novo tipo de interação" (Brasil, 2004: 8) entre profissionais da saúde e usuários/as. O projeto de humanizar o SUS também está presente na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Esse documento institui que "o respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde" (Brasil, 2010: 5).[25] Com a despatologização, o Processo Transexualizador do SUS – contemplado por essa política nacional –, teria potencializada sua humanização, pois se daria

centralidade às pessoas trans como indivíduos que podem falar de si por si, fomentando, assim, sua autonomia como agentes do Processo, não como seus pacientes (Borba, 2014a).

Com efeito, a portaria n. 1.707/2008 do MS que institui o Processo Transexualizador no SUS determina que

> a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela portaria n. 675/GM, de 31 de março de 2006, menciona, explicitamente, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2008a: 43)

Essa mesma portaria indica que o caminho para um atendimento humanizado (leia-se: livre de discriminação) pode ser atingido "inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana" (Brasil, 2008a: 43).

Pesquisas nos estudos da linguagem (Ostermann & Meneghel, 2012) têm indicado que a efetiva humanização do cuidado à saúde vai muito além de uma consulta "livre de discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero", como sugere a portaria do MS. Embora esse fator seja crucial e seja igualmente importante a sensibilização dos/as profissionais da saúde do SUS para atender pessoas transexuais, isso não é suficiente. A atenção aos microdetalhes interacionais dessas consultas e a relação destes com contextos patologizantes translocais são fundamentais para que o Processo Transexualizador se desenvolva com base em confiança mútua, possibilitando uma reaprendizagem de como cuidar da saúde de pessoas transexuais e fomentando, portanto, sua autonomia para decidir sobre sua saúde. Essa é a questão sobre a qual recai o foco analítico dos capítulos 4 e 5. Antes, porém, é necessário discutir o contexto no qual o trabalho de campo e a geração de dados etnográficos e interacionais foram realizados, o que faço no próximo capítulo.

2

O Processo Transexualizador e a Construção da Pesquisa

Até 1997, as pessoas transexuais no Brasil recebiam pouca (ou nenhuma) atenção do SUS. De fato, uma de suas principais preocupações de saúde, nomeadamente a cirurgia de redesignação, era até então considerada crime de mutilação grave pelo Código de Ética Médica brasileiro e sua realização justificava a cassação do direito de exercer a medicina, podendo levar à prisão. Essa situação, no entanto, mudou quando da publicação da resolução n. 1.482/1997 do CFM, que legalizou tais cirurgias em caráter experimental, com base em uma intenção de beneficência guiada por dois princípios: "o primeiro seria (...) terapêutico, ou seja, 'a busca de integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica (...)', e o segundo [estaria] relacionado [à] autonomia e justiça: o direito de dispor do próprio corpo e à não discriminação no pleito à cirurgia" (Arán, 2005: 1).

O processo de legalização de tais procedimentos cirúrgicos foi longo e conturbado. Essa resolução surgiu para regular uma prática que já havia se instaurado no país desde a década de 1970 e tem como antecedentes diversas interpelações da sociedade civil ao CFM. Nos anos 1970, o cirurgião Roberto Farina realizou as primeiras cirurgias de transgenitalização em território nacional e sofreu sanções do CFM sendo mais tarde absolvido (Bento, 2006), colocando essa questão em pauta pela primeira vez; em 1979, o CFM foi oficialmente consultado sobre a inclusão de próteses mamárias em pacientes do sexo masculino, tomando uma posição contrária ao procedimento (CFM, 2014; Arán *et al*., 2008); os anos 1980 testemunharam o "fenômeno Roberta Close" que intensificou a procura por cirurgias clandestinas no país e no exterior (Kulick, 1998; Leite

Jr., 2011). Tal resolução, assim, não foi um ato espontâneo de boa vontade do CFM, mas sim o resultado de pressões sociais contra o campo médico, que via seu poder sobre o corpo coletivo e individual desafiado.

Com a publicação dessa resolução e sua imediata discussão na mídia nacional, pessoas transexuais começaram a demandar atenção médica específica (Arán *et al*., 2008), que nem sempre foi dada de bom grado, pois não havia, até então, opinião do MS sobre essa questão. Assim, os hospitais (universitários e de pesquisa, como imposto pela resolução) não recebiam verba do MS para custear os procedimentos. Nesse cenário, como discutem Arán e Lionço (2008), o poder judiciário foi o meio utilizado por pessoas trans interessadas em ter seu direito à saúde atendido. Em frente a essa demanda, CFM e MS se viram forçados a regulamentar as práticas de atenção à saúde trans-específicas no SUS. A partir de então, um embate entre aqueles/as que acreditam na transexualidade como patologia psiquiátrica e outros/as que desejam sua despatologização se instaurou na tentativa conjunta entre sociedade civil e governo de criar protocolos de assistência trans-específica (Teixeira, 2013) que contemplassem os princípios básicos do SUS, quais sejam, universalidade, integralidade e equidade (Arán & Lionço, 2008; Murta, 2011).

O Processo Transexualizador em nosso sistema público de saúde emerge na intersecção desses embates de saberes/poderes. Nesse contexto, este capítulo tem dois objetivos. Primeiramente, discutir a emergência do Processo, salientando as tensões patologizantes e despatologizantes na entextualização (ou seja, materialização em texto e em ação social) (Silverstein & Urban, 1996) de suas práticas de cuidado à saúde. Essas práticas são regulamentadas pelas portarias n. 1.707 e n. 457/SAS, publicadas em 2008, pelo MS e pela resolução n. 1.955/2010 do CFM. Como aponta Teixeira (2013: 254), a análise do conjunto dos documentos que regem o Processo "permite identificar as disputas pelo poder no campo da transexualidade" no Brasil. Com isso, traço as linhas de força e de enunciação desse dispositivo que acabam por fixar quem pode falar por quem e o que pode ser falado durante o Processo.

Tendo essa discussão em perspectiva, na segunda parte deste capítulo, o objetivo é apresentar os procedimentos metodológicos e os dados gerados para esta pesquisa durante trabalho de campo realizado entre setembro de 2009 e outubro de 2010 no PAIST, um dos centros de referência do Processo Transexualizador atuantes hoje em dia no país.

O Processo Transexualizador no SUS

A publicação das resoluções e portarias mencionadas anteriormente possibilitou a organização de diversos serviços assistenciais multidisciplinares voltados para a população transexual, regulamentados pela portaria n. 1.707/2008 do MS que "institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas" (Brasil, 2008a: 43). Para que uma pessoa transexual possa participar de um desses programas e, *se desejar*, submeter-se às cirurgias de transgenitalização e à hormonoterapia, é necessário seguir uma rígida rotina hospitalar regimentada por esses textos. A rigidez dessa rotina está explícita na portaria n. 457/SAS/2008: "o acompanhamento do paciente do Processo Transexualizador consiste no *atendimento mensal*, *durante 2 (dois) anos*, por equipe multiprofissional, pré e pós-cirurgia de redesignação sexual" (Brasil, 2008b: 69, destaques meus).[26]

Essa rotina de consultas visa à identificação, pela equipe multiprofissional, de "pacientes com indicação ao Processo Transexualizador" (Brasil, 2008b: 69), ou, em outras palavras, usuários/as que satisfaçam os quesitos de *transexuais verdadeiros* e não deixem dúvidas na equipe quanto às suas identificações de gênero. Embora o termo *transexual verdadeiro* não seja utilizado nos documentos do Processo, ele funciona como um modelo metapragmático (Wortham, 2006) que guia a regulamentação de práticas de atenção sanitária a pessoas trans no SUS.

Vemos tal modelo em funcionamento na definição dos/as usuários/as do Processo por parte do CFM, que recupera a concepção de "transexualismo" do CID e do DSM. Segundo a resolução n. 1.955/2010, que revoga a de 1997 e estava em vigor durante o trabalho de campo, "o paciente transexual [é] *portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual*, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio" (CFM, 2010: 110, destaques meus). Mais adiante, no texto, afirma-se ainda que

> a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, os critérios abaixo enumerados:
>
> 1) desconforto com o sexo anatômico natural;
>
> 2) desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
>
> 3) permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
>
> 4) ausência de outros transtornos mentais. (CFM, 2010: 110)

Ao considerar que pessoas transexuais sofrem de um "desvio psicológico permanente" e dar centralidade a práticas de automutilação, ao suicídio e ao "desejo expresso de eliminar os genitais", o CFM recupera e reatualiza o modelo do *transexual verdadeiro* construído pelos saberes biomédicos e psicanalíticos que sustentam o dispositivo da transexualidade. Com efeito, essa resolução chega a afirmar que "a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de pacientes com transexualismo" (CFM, 2010: 110) e, com isso, dá importância terapêutica às cirurgias, impondo, assim, um caráter correcional ao cuidado em saúde trans-específico (Arán, 2005; Arán & Lionço, 2008; Murta, 2011; Teixeira, 2013).

Tal caráter correcional que molda o Processo, em termos butlerianos, mobiliza regimes de verdade da matriz de inteligibilidade de gênero: já que o sexo psicológico, como apregoa Benjamin (1999), é o mais autônomo e menos flexível, modifica-se a genitália e, assim, cria-se uma aparente coerência entre corpo e gênero. Comparece também nessa definição de "transexualismo" a racionalidade biomédica que, com seu foco em sinais e sintomas referenciados a quadros diagnósticos, cristaliza e universaliza as vivências transexuais no construto de *transexual verdadeiro*.

Essa cristalização fica explícita no destaque diagnóstico dado às cirurgias de transgenitalização na definição de "transexualismo" defendida pelo CFM, na qual o desejo explícito de realizar esses procedimentos de modificação corporal é entendido como definidor das subjetividades transexuais. No entanto, como vem sendo argumentado (Bento, 2006; Lima, 2011, 2014; Teixeira, 2013), a cirurgia não é condição *sine qua non* das transexualidades, pois há aqueles e aquelas que por diversas razões não desejam se submeter a elas, tendo como foco a modificação de nome e sexo nos documentos como estratégia principal de inserção e reconhecimento social (Zambrano, 2003). Contudo, no Brasil, salvo raras exceções, a alteração dos documentos está vinculada à realização das cirurgias.

As experiências dos homens trans são paradigmáticas no que tange às intervenções cirúrgicas. Como as técnicas para construção de um pênis ainda são um tanto rudimentares e requerem quase uma dezena de operações, enxertos e plásticas, muitos decidem por não terem um pênis construído cirurgicamente, restringindo suas modificações corporais à hormonoterapia e às cirurgias para retirada das mamas e do útero (Rubin, 2003; Almeida, 2012; Ávila, 2012). Na resolução de 2010, as cirurgias para homens trans são consideradas experimentais, ao passo que as intervenções para as mulheres trans não são assim caracterizadas.

Embora menos comum no trabalho de campo, também conheci mulheres transexuais que preferem não se submeter à cirurgia, mas ingressam em um programa de transgenitalização para terem sua hormonoterapia acompanhada clinicamente. Essa possibilidade, no entanto, não era contemplada na resolução do CFM, o que fazia com que essas mulheres transexuais afirmassem o desejo de fazer a cirurgia, mesmo quando não a pleiteavam.

Outro aspecto central da resolução n. 1.955/2010 é a imposição da necessidade de elaboração de um diagnóstico que visa a confirmar se o/a usuário/a sofre de "transexualismo" e verificar a existência de "outros transtornos mentais". Segundo o CFM (2010: 110),

> A seleção de pacientes para a cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios a seguir definidos após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:
>
> 1) Diagnóstico médico de transgenitalismo;
>
> 2) Maior de 21 (vinte e um) anos;
>
> 3) Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.

A não confirmação do diagnóstico de "transexualismo" e/ou a existência de "comorbidades" psiquiátricas elimina a chance de liberação do laudo diagnóstico que legitima a utilização dos serviços do Processo. A exigência de um diagnóstico sugere que "não bastam a certeza do sujeito de se identificar como (transexual) e seu desejo expresso pela cirurgia. É necessário ser outorgada a ele/a a chancela de transexualismo; é o diagnóstico médico que legitima a sua identidade (transexual)" (Teixeira, 2013: 109). Nesse sentido, para o CFM as equipes multidisciplinares dos programas de atenção à saúde transexual têm uma função avaliativa, podendo decidir sobre as necessidades sanitária dos/as usuários/as e (des)legitimar suas performances identitárias – uma função já preconizada pelo SOC, como discutido no capítulo anterior.

Textualmente, como se pode perceber, o uso dos termos transexualismo e transgenitalismo oscila na resolução. O primeiro recupera a história de patologização e psiquiatrização dessa experiência. O último, repetido nas resoluções desde 1997, até onde pude constatar, não existe na literatura especializada, tendo sido provavelmente cunhado pelo CFM. A adição do prefixo trans- ao radical -genital- (em comparação ao termo transexualismo) implica que o que se transforma é a genitália externa e não o sexo. De fato, a crença na

imutabilidade do sexo é um dos pilares do dispositivo da transexualidade, presente desde Benjamin. Em um texto intitulado "Eu quero mudar meu sexo!" – no qual o endocrinologista analisa uma carta enviada a ele por um homem que se identifica como mulher e que replica todos os elementos da narrativa de *transexual verdadeiro*, requisitando sua ajuda –, Benjamin (1966) explica que "antes de mais nada, o sexo é determinado no momento da concepção; e, portanto, não pode nunca ser mudado". Em seguida, o endocrinologista sublinha que reconhece a importância da cirurgia, afirmando que sua função é adequar o corpo à imagem desejada pelo indivíduo e enfatizando que, estritamente falando, um homem não se transforma em mulher, pois

> Seu sexo inato, genético, permanecerá sempre masculino (...). Se o cirurgião castrar o senhor, sendo a castração uma parte da operação, o senhor passará a ser, tecnicamente, e do ponto de vista da realidade glandular, uma entidade humana nem masculina nem feminina. Passará a ser "neutro". Somente seu sexo psicológico é que é feminino (se assim não fosse o senhor não desejaria a operação em primeiro lugar). (Benjamin, 1966: 210)

Assim como há, para Benjamin, um *transexual verdadeiro*, há um verdadeiro sexo, geneticamente determinado e determinante da realidade última do indivíduo. A crença na imutabilidade do sexo, típica da racionalidade biomédica (Camargo Jr., 1997), impede a desconstrução da diferença sexual que é interpretada pelo médico como ligada à biologia/natureza, apagando, dessa forma, seus efeitos performativos. Contudo, as vivências transexuais extrapolam essa determinação sexual, pois nelas o sexo não indexicaliza o gênero.

O uso do termo transgenitalismo produz o sexo como imutável e inegável, reduzindo as vivências trans a uma dimensão biológica que nega suas performances identitárias e suas autodeterminações de gênero. Em outras palavras, reconceitualizar o "transexualismo" como "transgenitalismo" coloca a cirurgia em lugar central nas vivências trans e, com esse termo, a operação se transforma no próprio diagnóstico. Seria a realização da cirurgia, nesse sentido, que outorgaria o título de transexual aos/às usuários/as do Processo, gerando, assim, exclusão e hierarquização das subjetividades trans – não foi raro durante o trabalho de campo escutar usuários/as já operados/as criticando a falta de coragem ou de autenticidade daqueles/as que não demonstravam interesse em se submeter aos procedimentos cirúrgicos.

Apesar de as cirurgias de transgenitalização terem sido legalizadas em 1997, somente em 2008 o MS instituiu o Processo Transexualizador no SUS

com a publicação das portarias n. 1.707/2008 e n. 457/SAS/2008. Tais documentos regulam programas de atenção à saúde transexual que já haviam se instaurado desde o fim da década de 1990 e estabelecem critérios para seleção e credenciamento de unidades de atenção especializada no Processo Transexualizador,[27] incluindo, assim, a atenção à saúde trans na tabela de procedimentos financiados pelo SUS.[28]

Embora a resolução do CFM (in)forme as práticas de cuidado à saúde do Processo, as racionalidades que a sustentam têm sido desafiadas na sua construção participativa que tem envolvido, desde 2004, sociedade civil, pesquisadores/as que defendem a despatologização, governo, gestores, profissionais da saúde e usuários/as trans em um debate nem sempre amigável – ver, por exemplo, a carta-desabafo escrita por Bento (2012) sobre uma reunião onde esses grupos se encontraram para discutir os caminhos do Processo Transexualizador.

De acordo com Arán, Murta e Lionço (2009), desde 2003 há discussões no âmbito federal sobre a formulação de políticas inclusivas no Brasil para a população LGBT, que foi definida pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) como vulnerável à exclusão social. Tais discussões culminaram no lançamento do programa Brasil sem Homofobia que objetiva garantir os direitos de lésbicas, gays, transgêneros e bissexuais no país. A formulação de políticas inclusivas para essa população se estende a vários âmbitos do governo federal tendo sido contemplada pelo MS com a criação, em 2004, do Comitê Técnico para Formulação da Proposta da Política Nacional de Saúde da População LGBT, instituído pela portaria n. 2.227/GM/2004. O interesse do governo federal em desenhar, em parceria com a sociedade civil, políticas de saúde inclusivas para a população LGBT movimentou a criação e a configuração do Processo Transexualizador.

Com efeito, os debates entre governo, usuários/as trans, ativistas, gestores do SUS, profissionais da saúde e pesquisadores/as vinculados/as às ciências sociais sobre a criação do Processo intensificaram-se a partir de 2005, quando da realização da I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde: a assistência pública no Brasil, organizada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do MS (Arán *et al*., 2008). Durante esse evento, representantes do MS e da sociedade civil discutiram a organização de serviços de atenção à saúde trans no Processo. Seguindo a proposta de gestão participativa do SUS, em 2006 o Comitê Técnico Saúde da População LGBT, do MS, organizou reuniões para discutir o Processo Transexualizador, das quais participaram representantes do

governo, ativistas, profissionais da rede pública de saúde e pesquisadores/as. Além disso, o Seminário Nacional de Saúde da População GLBT na Construção do SUS, realizado em 2007 pelo MS, foi um espaço privilegiado para discussão sobre o Processo e deliberação entre governo e sociedade civil sobre as necessidades sanitárias de pessoas trans, seu manuseio clínico e especificidades de atendimento à saúde (para uma discussão mais detalhada desse processo ver Arán, 2005; Arán *et al*., 2008; Arán, Murta & Lionço, 2009; Teixeira, 2013).

Esses debates forjaram os textos da portaria n. 1.707/2008, que insere o Processo Transexualizador na tabela de procedimentos do SUS, e da portaria n. 457/2008/SAS, que estabelece as diretrizes nacionais para o Processo Transexualizador e o regulamenta. Como salienta Teixeira (2013), a análise desses textos nos permite traçar os embates entre forças patologizantes e despatologizantes na constituição de protocolos de atenção à saúde trans-específica. Nesse contexto, cabe perguntar: como o diálogo entre diferentes concepções da transexualidade (ou seja, a visão biomédica do CFM e do MS e a concepção da despatologização), saberes/poderes contraditórios, acabaram por ser entextualizados nessas portarias? Como esses textos materializam o diálogo entre sociedade civil e governo na construção do Processo?

Afinal, como a transexualidade é entextualizada nesses documentos para os propósitos do Processo Transexualizador? Segundo a portaria n. 1.707/2008,

> O transexualismo trata-se de um desejo de viver e ser aceito na condição de pessoa do sexo oposto, que em geral vem acompanhado de um mal-estar ou de um sentimento de inadaptação por referência ao próprio sexo anatômico, situações estas que devem ser abordadas dentro da integralidade da atenção à saúde preconizada e a ser prestada pelo SUS. (Brasil, 2008a: 43)

Ao compararmos essa definição de transexualismo com aquela defendida pelo CFM na portaria de 2010 (discutida anteriormente neste capítulo), vemos que o MS não dá centralidade ao desejo expresso de eliminar os genitais, posição defendida por aqueles/as que lutam pela despatologização. No entanto, o uso do termo transexualismo e a insistência (modalizada por "em geral") nos sentimentos de "mal-estar" e "inadaptação" com o sexo anatômico recupera parte do modelo de *transexual verdadeiro* forjado pelos saberes biomédicos e psicanalíticos discutidos no capítulo anterior. Apesar da omissão do critério diagnóstico "desejo expresso pelas cirurgias", a definição do MS replica aquela presente no CID-10 que produz a transexualidade como uma enfermidade mental: mantém-se o uso do sufixo -ismo, que, no *éthos* médico, denota patologia, mas

mitiga-se a importância de certos critérios diagnósticos preconizados no DSM e no CID. De fato, essa mesma portaria, na tentativa de construção participativa do Processo, agrega concepções teóricas despatologizantes à atenção à saúde trans:

> Art. 2º Estabelecer que sejam organizadas e implantadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, as ações para o Processo Transexualizador no âmbito do SUS, permitindo:
>
> I – a integralidade da atenção, *não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização* e demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes. (Brasil, 2008a: 43, destaques meus)

A não centralidade das cirurgias e a crítica feita por pesquisadores/as das ciências sociais ao fato de as normativas do CFM as considerarem como a principal etapa do Processo Transexualizador também são encontradas no anexo III da portaria n. 457/2008/SAS, que define as diretrizes de assistência para o indivíduo com indicação para realização do Processo Transexualizador. Essa portaria organiza o Processo em cinco fases: acolhimento, acompanhamento terapêutico, fluxos de encaminhamento, indicações para cirurgia de transgenitalização e atenção continuada. A posição pretensamente despatologizante se materializa especificamente na seção sobre o acompanhamento terapêutico na qual a função dos/as profissionais da saúde mental é definida. De acordo com essa portaria,

> Os profissionais de psicologia e psiquiatria têm como atribuição o acompanhamento psicoterapêutico e a avaliação psicodiagnóstica.
>
> *O tratamento psicoterapêutico não restringe seu sentido à tomada de decisão da cirurgia de transgenitalização e demais alterações somáticas*, consistindo no acompanhamento do usuário no processo de elaboração de sua condição de sofrimento pessoal e social. (...)
>
> *A avaliação psicodiagnóstica não se restringe à lógica permissão/impedimento das intervenções médico-cirúrgicas*. O psicodiagnóstico fundamentalmente deve servir para indicar os elementos a serem trabalhados em psicoterapia (...). (Brasil, 2008b: 71, destaques meus)

Consoante Teixeira (2013: 252), "enfatizar que a transexualidade não está condicionada ao desejo/demanda pela cirurgia seria uma estratégia de ruptura com um dos pilares do diagnóstico médico", pois com isso se resistiria ao modelo de *transexual verdadeiro* produzido nos campos médico e *psi* e se abriria o Processo a uma multiplicidade de vivências corporificadas e subjetivas

que desafiam a narrativa homogeneizante e universalizante preconizada pelo dispositivo da transexualidade. Além disso, propor uma releitura da função avaliativa dos/as profissionais da saúde mental e sublinhar que sua atribuição dentro do Processo "não se restringe ao caráter autoritativo para a realização da cirurgia, é remeter a discussão para o campo do reconhecimento da autonomia do sujeito" (Teixeira, 2013: 252).

Nesse sentido, o MS dá espaço às reivindicações de representantes da sociedade civil que participaram das discussões para elaboração de protocolos do Processo. Entretanto, como veremos nos capítulos 4 e 5, na prática, essas posições despatologizantes ainda estão longe de serem implementadas.

No entanto, como pontuam Bento (2012) e Teixeira (2013), os documentos do MS ilustram um desequilíbrio no que se refere a quem pode definir tais protocolos, pois, embora incluam uma perspectiva aparentemente despatologizante, o campo biomédico tem supremacia na definição dos/as usuários/as com indicação para realização do Processo Transexualizador e na formulação do seu manuseio clínico. Isso fica explícito não só na retomada da definição clássica de "transexualismo", mas também, e sobretudo, na importância dada ao diagnóstico para a manutenção dos/as usuários/as nos programas de transgenitalização. Embora a portaria n. 457/SAS retire das cirurgias de redesignação o *status* de meta terapêutica central no cuidado à saúde de pessoas transexuais, contradizendo, assim, a resolução do CFM, vincula-se textualmente a essa resolução[29] e, com isso, repete sua perspectiva patologizante, deixando aparentes os embates entre saberes/poderes no campo da transexualidade no país.

A centralidade do diagnóstico fica clara em vários pontos da portaria. Por exemplo, ao exigir que as unidades especializadas no Processo Transexualizador mantenham um prontuário único para cada usuário/a, lista as "informações indispensáveis e mínimas" que devem constar dos históricos de atendimentos. Além da identificação "do paciente" e seu histórico clínico, a portaria exige que nesse prontuário figure

> c. avaliação que consiste em: anamnese, *aferição dos critérios mínimos para definição de transexualismo, conforme estabelecidos na resolução CFM n. 1.652/2002*, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica; avaliação psicológica e psiquiátrica. (Brasil, 2008b: 70, destaques meus)

Mais adiante, na seção sobre "indicações de cirurgia de transgenitalização", a portaria estabelece ainda que

> A consideração da pertinência das intervenções médico-cirúrgicas devem *atender aos critérios estipulados pela resolução CFM n. 1.652/2002 do CFM* que determinam o prazo mínimo de 2 anos de *acompanhamento terapêutico* como condição de viabilização da cirurgia, bem como a maioridade e o *diagnóstico de transexualismo*.
>
> Transcorridos os dois anos de acompanhamento terapêutico, *caso o usuário seja diagnosticado transexual*, pela equipe multiprofissional, está apto a se submeter à cirurgia de transgenitalização, o que não significa que deva se submeter necessariamente a este recurso terapêutico. (Brasil, 2008b: 72, destaques meus)

Apesar de as portarias do MS afirmarem que as cirurgias de transgenitalização não devem ser consideradas como meta terapêutica geral para todos/as usuários/as, abrindo, assim, a possibilidade de um/a usuário/a não "se submeter necessariamente a esse procedimento terapêutico", a exigência do diagnóstico se impõe como imperativo clínico que dá significado e molda as relações entre as unidades especializadas no Processo Transexualizador, como instituições, e seus usuários/as trans, como determinados tipos de sujeito.

Além disso, como podemos ver nos excertos, o MS amarra as práticas de cuidado à saúde do Processo à definição de "transexualismo" defendida pelo CFM em sua resolução, que retoma, *ipsis literis*, o modelo universalizante de *transexual verdadeiro* para o qual o desejo pelas cirurgias de redesignação é critério diagnóstico central. Nas palavras de Teixeira (2013: 260), "tudo parece organizado para a realização do procedimento cirúrgico".

O diálogo entre as demandas de ativistas trans e pesquisadores/as que defendem a despatologização e as crenças patologizantes do campo médico durante a construção participativa do Processo forja, portanto, textos em que contradições abundam. Tais textos, contudo, deixam claro quem tem o poder de definir o Processo. A transexualidade, nesses documentos, é um arremedo discursivo que tenta amalgamar posições conflitantes sobre essa experiência.

Em sua construção (aparentemente) participativa, é o poder biomédico que ganha destaque e, dessa forma, o Processo, assim como materializado nos documentos analisados nesta seção, serve de lócus de reatualização dos embates entre saberes/poderes que forjaram o dispositivo da transexualidade e confeccionaram o modelo de *transexual verdadeiro* como horizonte diagnóstico. É nesse contexto que esta pesquisa se insere e investiga as dinâmicas discursivas e os microdetalhes interacionais que materializam a reatualização do (e resistência ao) modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* durante

a fase de "acompanhamento terapêutico" em um dos centros de referência do Processo Transexualizador.

Tendo historicizado a emergência do Processo no contexto brasileiro e, com isso, familiarizado leitores/as com esses embates de poder, no que segue, discuto o contexto no qual esta pesquisa foi desenvolvida, os procedimentos metodológicos e os dados gerados durante o trabalho de campo. Decidi incluir a caracterização da construção da pesquisa neste capítulo como forma de salientar sua inserção dentro do campo de forças (e resistências) que configura o Processo Transexualizador e marca, em todos os níveis, o programa de atenção à saúde trans estudado aqui.

Por uma Análise Densa do Processo Transexualizador

A resolução do CFM e as portarias do MS regulamentam as práticas de atenção sanitária do Processo Transexualizador e a organização das unidades especializadas, exigindo que todo programa de transgenitalização seja composto por uma equipe multidisciplinar (psiquiatria, cirurgia, endocrinologia, psicologia e assistência social),[30] que é como um todo responsável pelo diagnóstico de transexualismo/TIG. Contudo, a psiquiatria tem a responsabilidade de emitir o laudo diagnóstico que libera as cirurgias, mesmo que, para isso, precise discutir previamente sua liberação com o restante da equipe.

A exigência do diagnóstico, tal como proposta pelos documentos nacionais e internacionais, constitui uma malha intersubjetiva translocal que guia as ações corpóreo-discursivas locais dos/as participantes desses programas. Em outras palavras, tanto sujeitos transexuais quanto a equipe multiprofissional estão emaranhados nessa trama textual e discursiva (portanto, identitária) que os antecede e os constitui. Tal trama, como vimos no capítulo 1, acabou por solidificar as linhas de enunciação e visibilidade do dispositivo da transexualidade, delimitando, assim, o que, na interação entre profissionais da saúde e usuário/a trans, pode ser dito e mostrado, como, para quem, onde, quando e com que propósitos. A vida cotidiana desses programas, composta de entrevistas psiquiátricas e psicológicas, anamneses, receitas, laudos, narrativas, conversas na sala de espera, relatórios, enfim, sua malha intersubjetiva local, é em vários níveis constrangida por essa exigência diagnóstica.

As consultas pré-cirurgia são, portanto, um rico *milieu* para a construção da identidade de gênero de pessoas transexuais *vis-à-vis* a identidade institucional dos/as profissionais da saúde, visto que é durante essas consultas que a

elegibilidade (ou não) à cirurgia de transgenitalização é construída e, *mutatis mutandis,* a legitimação (ou não) da identidade de gênero de pessoas transexuais, produzida institucional e interacionalmente. Como vimos na seção anterior, os/as profissionais da saúde são constituídos/as nas resoluções do CFM e nas portarias do MS como guardiões/*gatekeepers* no processo de reconhecimento institucional das identidades de pessoas transexuais (Speer & Parsons, 2006), pois tais profissionais são, por esses documentos, institucionalmente investidos/as de poder para tomar decisões que podem garantir ou negar o acesso aos recursos e serviços desses programas.

Para entender o Processo como uma instituição social na qual recursos semióticos (e, portanto, identitários) são produzidos, disponibilizados e regulados; problemas são resolvidos; identidades, performadas; e embates entre saberes/poderes são mobilizados, a análise dessas interações requer uma "descrição densa da conversa" (Sarangi & Roberts, 1999) com base etnográfica (Blommaert & Jie, 2010; Rampton, 2006b). Consoante Sarangi e Roberts (1999: 1),

> uma 'descrição densa' [da conversa] desce ao nível de análise linguística minuciosa e estende o foco analítico para cima e para fora [do evento comunicativo] ao nível da descrição etnográfica mais ampla com explicações políticas e ideológicas mais extensas. Tal descrição holística se preocupa com os pequenos detalhes e objetiva entendê-los em toda sua complexidade interpretativa. Reconhece também a ordem social mais abrangente na qual esses níveis interagem e que os restringe e regula à medida que se reinventam.

Esse construto metodológico parece especialmente adequado ao esforço analítico que proponho neste livro, pois oferece uma visão que não diminui os eventos comunicativos somente ao que é a eles endógeno (ou seja, a interação pela interação). Empreender uma análise densa da conversa implica considerar que todo e qualquer ato comunicativo (oral e escrito) é inserido em uma trama social, temporal, política, discursiva e ideológica. Nesse sentido, qualquer encontro comunicativo é sustentado por determinados regimes de verdade que mobilizam certos dispositivos. Numa visada foucaultiana, para analisar densamente a conversa é preciso entender que cada ato comunicativo tem uma história, engendra relações de poder-resistência e reúne indivíduos cujos investimentos identitários são díspares.

Fazer esse tipo de descrição densa possibilita compreender "os entendimentos tácitos e articulados dos/as participantes em quaisquer processos e atividades que estão sendo estudados" (Rampton *et al*., 2004: 2). Uma análise

densa da conversa, com sua perspectiva etnográfica simultaneamente ampla e situada, oferece a possibilidade de estudarmos a inter-relação entre a malha intersubjetiva local, ou seja, a fala-em-interação (Schegloff, 2007) – o nível de análise minucioso de como interagentes coordenam suas ações interacionais –, e a malha intersubjetiva translocal, as falas-fora-da-interação (Blommaert, 2005). Dito de outro modo, permite que tenhamos acesso ao arcabouço sócio-histórico de discursos que circulam pela cultura, tais como os regimes de verdade que constituem a matriz de inteligibilidade de gênero, sistemas de valoração e os recursos semiótico-identitários sedimentados na cultura que dão sentido à vida social. Com esses objetivos em perspectiva, empreendi um trabalho de campo de cunho etnográfico no PAIST, situado em um hospital público de ensino e pesquisa.

O PAIST foi oficialmente aberto em 2003 e atende pessoas transexuais do Brasil inteiro, tendo grande fluxo de participantes.[31] O projeto mais abrangente do qual esta pesquisa faz parte, intitulado "Redescrições da transexualidade: interação, identidade e acesso a programas de redesignação sexual", seguindo a resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre ética em pesquisa com seres humanos, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital e devidamente aprovado (processo número CAAE 0040.0.228.000-10). O trabalho de campo se estendeu de setembro de 2009 a outubro de 2010.

Tony Hak (1999: 435) afirma que para se desenvolver uma descrição densa da conversa em contextos institucionais como o programa aqui investigado, "o estudo não deve começar com a identificação e gravação da conversa"; deve-se, ao contrário, "começar com o processo de familiarização com o contexto no qual, subsequentemente, 'textos' [orais e escritos] podem ser isolados para análise posterior". Sendo assim, entre setembro e dezembro de 2009, eu acompanhei a rotina do PAIST. Durante esse tempo, fui me familiarizando com as práticas, indivíduos e textos que o constituem. As gravações das consultas e entrevistas tiveram início somente em janeiro de 2010, quando eu já havia sido apresentado para toda equipe do programa e para muitas pessoas transexuais que o procuraram enquanto eu estava em campo. Nesse período de observação, estive sempre acompanhado de um gravador desligado, o que ajudou equipe e usuários/as a se acostumarem com o fato de suas consultas serem gravadas no futuro. Essa gravação aconteceu entre janeiro e setembro de 2010, e o *corpus* gerado durante os 13 meses de trabalho de campo engloba:

- 25 consultas gravadas em áudio com a equipe cirúrgica (7 horas e 31 minutos de gravação);

- 25 consultas gravadas em áudio com a psicóloga (14 horas e 52 minutos);
- 25 consultas gravadas em áudio com o psiquiatra (7 horas e 8 minutos);
- dez entrevistas não estruturadas individuais com usuárias/os do PAIST gravadas em áudio (18 horas e 26 minutos);
- três entrevistas não estruturadas individuais com a equipe multiprofissional (cirurgião, psicóloga e psiquiatra), gravadas em áudio (5 horas e 37 minutos);
- transcrições das consultas e das entrevistas segundo o modelo Jefferson (2004), conforme convenções elencadas no Anexo A;[32]
- notas de campo.

Faz-se mister sublinhar que Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram utilizados para garantir a ética da pesquisa. Esses documentos eram lidos em voz alta por mim ou pelo/a profissional responsável por determinada consulta antes do seu início conjuntamente com a/o usuário/a e assinados quando havia concordância em participar da pesquisa. Somente uma mulher transexual não concordou em ter suas consultas gravadas. O documento deixa claro que a decisão por não participar da pesquisa não traria consequências para a vida das/os usuárias/os no programa. A equipe de profissionais da saúde do PAIST também assinou esses documentos.

O contexto da pesquisa

Com a discussão sobre o dispositivo da transexualidade e sua influência na formulação do Processo Transexualizador no SUS, salientei os saberes e as dinâmicas de poder constituintes da malha translocal que (in)forma as práticas de atenção à saúde trans-específicas no Brasil. O PAIST é resultado desses embates de saberes/poderes e, dessa forma, em sua urdidura institucional e textual local, funciona como uma engrenagem de reatualização dessas relações de poder.

Seguindo a tendência dos outros centros de referência no processo transexualizador, o PAIST não foi resultado de uma vontade espontânea da direção do hospital onde se insere. Em 2003, munida de uma decisão judicial, uma mulher transexual apareceu no hospital forçando-o a atendê-la, embora não houvesse ali, à época, médicos/as com experiência no tipo de cirurgia requerido por ela. A direção do hospital consultou, assim, um cirurgião que já trabalhava ali, e este decidiu realizá-la com a ajuda de um colega de outro estado.

Após a realização dessa primeira incursão cirúrgica, a notícia se espalhou e, então, algumas mulheres transexuais começaram a procurar o hospital. Deu-se

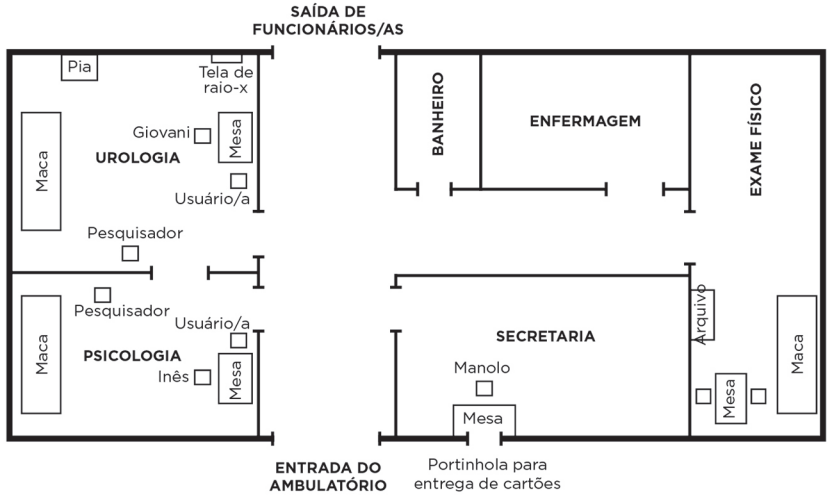
início ao PAIST, que em 2003 atendia seis pessoas transexuais. Giovani, o médico que realizou essa cirurgia em 2003, articulou com a direção do hospital a organização desse programa e atua como seu coordenador, embora este não seja um cargo que figure no organograma da instituição, como Giovani repetidamente afirmava. Segundo ele, o PAIST tem como objetivo principal a promoção da saúde integral de pessoas transexuais. Como objetivos secundários, pretende-se facilitar a inclusão social, melhorar a qualidade de vida, realizar estudos científicos e formar recursos humanos especializados.

O PAIST, no início do trabalho de campo, contava com a participação de 129 usuários/as: 116 mulheres trans e 13 homens trans; contudo, esse número mudou radicalmente durante a realização do trabalho de campo, pois houve um aumento considerável na procura por esse programa. Embora não houvesse estatística oficial para caracterizar esse aumento, o Giovani garantiu, durante entrevista comigo, que o número aumentara 50%. Em janeiro de 2010, quando do início das gravações das consultas, a agenda para o ano já estava fechada, em razão do grande número de novas "meninas", termo êmico utilizado pela equipe para se referir aos/às participantes transexuais do programa.[33]

Dos 129 participantes em 2009, 74 moravam na cidade onde o programa se localiza, 18 moravam no interior do estado e 37 residiam em outros estados e, portanto, necessitavam da ajuda do SUS, que garantia, via Tratamento Fora de Domicílio (TFD), a ajuda financeira para seu deslocamento. Além disso, havia duas mulheres transexuais estrangeiras que residiam na cidade. Até outubro de 2009, o PAIST havia realizado 47 cirurgias. Em virtude de limitações de uso do centro cirúrgico, fazia-se uma cirurgia por mês. Tal fato desagradava o cirurgião que lutava com a direção do hospital para tentar realizar pelo menos duas mensalmente. Em geral, a cirurgia era realizada 36 meses após a liberação do laudo da psiquiatria no qual se atesta o TIG.

A equipe cirúrgica e a psicóloga atendiam no mesmo dia pela manhã e utilizavam o mesmo ambulatório, em salas diferentes, o que facilitava a troca de informações sobre os/as *pacientes*. A Figura 1 é uma ilustração da organização do ambulatório, em que destaco especialmente a distribuição do espaço durante a gravação das consultas em áudio.[34]

Figura 1 – Ambulatório do PAIST



Nesse ambulatório, a gravação dos dados aconteceu principalmente nos consultórios da psicóloga Inês e da equipe cirúrgica sob responsabilidade de Giovani. Em dias nos quais muitas consultas estavam marcadas, a equipe cirúrgica utilizava a sala de exame físico como suporte. Nesses dias, Giovani atendia em sua sala principal (chamada de urologia, na Figura 1), e um residente ou outro urologista utilizava a sala que era normalmente utilizada para exames físicos. Como não havia enfermeira/o trabalhando para o programa, a sala de enfermagem estava sempre desocupada. Era essa sala que eu utilizava para leitura e entrega do TCLE. A dinâmica era a seguinte: assim que chegavam ao ambulatório, as/os usuárias/os entregavam seus cartões de atendimento a Manolo, o secretário do programa, por uma portinhola, localizada ao lado da porta de entrada. Esses cartões, dos quais constavam o nome social das pessoas trans e, ao lado, entre parênteses, seu nome de registro, eram entregues à equipe específica para a qual a consulta estava agendada. Quando um dos/as profissionais chamava uma pessoa transexual para o ambulatório, a encaminhava para mim na sala de enfermagem antes de sua consulta. Esse era o momento em que me apresentava, explicava a pesquisa, entregava uma cópia do TCLE e líamos o texto em conjunto. Se houvesse concordância em participar da pesquisa, a/o usuária/o assinava duas vias do termo (uma cópia era entregue para a/o participante da pesquisa e outra ficava comigo). Após esse período, eu acompanhava a pessoa transexual para o consultório onde a equipe cirúrgica estava à espera. O gravador ficava sobre a mesa e era controlado pelo médico

responsável. Durante a gravação, eu me colocava à direita e um pouco atrás da mesa de consulta.

Este hospital é de ensino e pesquisa, o que significa que antes de minha chegada para o trabalho de campo, tanto profissionais da saúde quanto sujeitos transexuais já estavam acostumados/as a ter suas interações assistidas por outras pessoas (residentes e *fellows*[35] do programa, além de estudantes de graduação, pesquisadores/as das ciências sociais e médicas, jornalistas etc.). Era comum ter, em média, quatro pessoas na sala, além da/o usuária/o. Os encontros entre equipe cirúrgica e indivíduos transexuais aconteciam em intervalos longos; em média, seis meses entre uma consulta e outra. Dessa forma, as 25 consultas gravadas incluem 25 usuários/as diferentes. No Quadro 1 apresento um resumo das consultas gravadas com a equipe cirúrgica.

Quadro 1 – Visão geral das consultas clínicas

Usuária/o	Profissional responsável	Duração	Data	Número da consulta
Adir	Giovani	16min58s	17 mar. 2010	3ª
Aída	Roberto	32min31s	05 maio 2010	1ª
Clarissa	Giovani	15min30s	27 jan. 2010	4ª
Donatela	Giovani	15min38s	10 fev. 2010	3ª
Dulce	Giovani	17min49s	31 mar. 2010	1ª
Estela	Carlos	10min19s	31 mar. 2010	2ª
Fiorela	Giovani	17min22s	10 fev. 2010	2ª
Gabriela	Roberto	20min18s	12 maio 2010	1ª
Geane	Carlos	10min56s	24 mar. 2010	3ª
Ismália	Giovani	20min49s	24 fev. 2010	1ª
Jane	Giovani	17min31s	13 jan. 2010	1ª
Joe	Roberto	09min16s	28 abr. 2010	-----
Laís	Giovani	27min27s	24 fev. 2010	6ª
Lavínia	Roberto	16min10s	28 abr. 2010	-----
Leopoldo	Carlos	20min32s	31 mar. 2010	2ª
Letícia	Carlos	07min21s	24 mar. 2010	3ª
Luana	Giovani	19min48s	13 jan. 2010	1ª
Mara	Giovani	15min14s	03 fev. 2010	5ª
Miranda	Carlos	21min05s	24 mar. 2010	4ª
Mônica	Roberto	11min44s	19 maio 2010	3ª
Rebeca	Giovani	18min50s	10 fev. 2010	3ª
Samantha	Giovani	05min43s	17 mar. 2010	4ª
Sônia	Giovani	09min42s	17 mar. 2010	2ª
Vanda	Carlos	10min16s	31 mar. 2010	2ª
Vitória	Carlos	41min22s	04 abr. 2010	1ª
Total: 7h31min				

Segundo Giovani, as consultas clínicas tinham como principal objetivo fazer um acompanhamento do quadro geral de saúde das/os usuárias/os e da hormonoterapia. Eram nessas consultas que se requisitavam exames clínicos, tais como hemograma, triglicerídeos, HIV etc., e se receitavam hormônios.

No que se refere à terapia hormonal, a grande maioria dos/as usuárias/os do PAIST já utilizava alguma forma de hormônio automedicado antes de ingressar no programa. *Grosso modo,* as mulheres transexuais submetiam-se a diferentes tratamentos sem prescrição médica, chegando a ingerir quantidades insalubres de hormônios femininos comprados em forma de comprimidos anticoncepcionais ou em forma de adesivos ou injeções comumente usadas para reposição hormonal. Entre os homens transexuais, os hormônios mais comumente utilizados antes de sua inserção no PAIST eram os tipos de testosterona injetável, vendidos somente sob prescrição médica em razão dos altos danos que seu uso indiscriminado pode causar ao fígado. Embora a venda sem prescrição desses hormônios seja proibida, os homens transexuais os conseguiam com amigos e em academias de ginástica com relativa facilidade.

As gravações das consultas psicológicas seguiram uma dinâmica distinta por dois motivos principais: Inês atendia ao mesmo tempo que a equipe cirúrgica, às quartas-feiras, e, às terças-feiras, suas consultas ocorriam no mesmo horário que as do psiquiatra; e ela pediu para ficar responsável pela gravação, pois acreditava que sem minha presença as consultas "fluiriam" melhor. Isso, no entanto, não impediu que eu acompanhasse suas consultas durante os meses de observação inicial do campo; de fato, estive presente em muitas de suas consultas antes do início das gravações. A leitura e coleta de assinaturas do TCLE ficaram, assim, sob responsabilidade da psicóloga. Inês entregava os documentos a mim periodicamente. Vale ressaltar que a única pessoa transexual que não aceitou participar da pesquisa foi abordada por Inês.

Os encontros com a psicóloga não seguiam um padrão temporal linear como eram com a equipe cirúrgica: dependendo da avaliação de Inês, as/os usuárias/os tinham encontros muito frequentes (em alguns casos as consultas aconteciam semanalmente, em outros mensalmente e em uma minoria as consultas eram bastante esporádicas, com lapsos de dois a quatro meses entre uma e outra). Isso possibilitou a gravação do desenvolvimento de trajetórias interacionais com a psicóloga, pois sequências de consultas foram gravadas com as/os mesmos/as usuários/as (quatro com Verônica, por exemplo). No Quadro 2 ofereço uma visão geral das consultas gravadas com a psicóloga do programa.

Quadro 2 – Visão geral das consultas psicológicas

Usuária/o	Profissional Responsável	Duração	Data	Número da consulta
Ceres	Inês	48min55s	09 mar. 2010	5ª
Danuza	Inês	57min08s	10 fev. 2010	4ª
Danuza	Inês	23min24s	23 fev. 2010	5ª
Estela	Inês	24min46s	27 jan. 2010	3ª
Estela	Inês	37min55s	02 jun. 2010	6ª
Geane	Inês	31min43s	10 fev. 2010	2ª
Gregory	Inês	37min22s	23 fev. 2010	3ª
Gregory	Inês	39min30s	09 mar. 2010	4ª
Leopoldo	Inês	45min49s	03 fev. 2010	2ª
Letícia	Inês	26min54s	03 fev. 2010	-----
Lidiane	Inês	23min51s	23 fev. 2010	4ª
Lidiane	Inês	34min03s	30 mar. 2010	5ª
Lívia	Inês	34min13s	03 fev. 2010	2ª
Lívia	Inês	31min23s	24 fev. 2010	3ª
Lívia	Inês	42min56s	31 mar. 2010	4ª
Olavo	Inês	1h11min49s	08 jun. 2010	-----
Paulina	Inês	22min59s	27 jan. 2010	2ª
Paulina	Inês	30min11s	10 fev. 2010	3ª
Poliana	Inês	51min47s	19 maio 2010	-----
Samantha	Inês	12min39s	24 fev. 2010	4ª
Vanda	Inês	33min52s	23 fev. 2010	?
Verônica	Inês	1h02min23s	24 fev. 2010	2ª
Verônica	Inês	25min53s	09 mar. 2010	3ª
Verônica	Inês	36min11s	05 maio 2010	4ª
Verônica	Inês	23min55s	09 jun. 2010	5ª
Total: 14h52min.				

Segundo Inês, suas consultas tinham como objetivo principal acompanhar a qualidade de vida e emocional das/os usuários/as, ajudar no enfrentamento de ansiedades e confirmar a convicção inabalável de se submeter às cirurgias de transgenitalização. Avaliava-se também a qualidade da relação de usuários/as com suas famílias, seu trabalho, amigos/as, seus parceiros/as e seu corpo. A psicóloga também aplicava testes psicológicos: os mais comuns eram o questionário WHOQOL-BREF, por meio do qual se objetiva fazer um apanhado geral da qualidade de vida do/a *paciente*, e testes de personalidade com base em desenhos. Vale ressaltar que participantes transexuais do PAIST teciam muitas críticas sobre esses testes, dizendo que ficavam horas esperando e viajavam de longe para fazer desenhos cujos objetivos não sabiam.

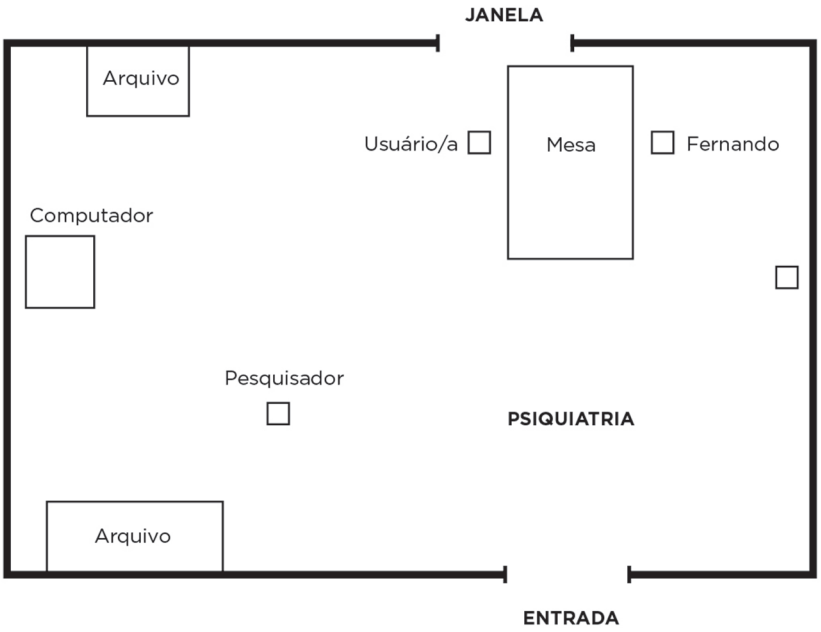
A psiquiatria, por sua vez, funcionava, assim como a psicologia, às terças-feiras pela manhã, mas em um prédio à parte, que também servia de hospital

de internação psiquiátrica. As consultas com Fernando, o psiquiatra do PAIST, tinham uma periodicidade regular: ele encontrava cada usuário/a de três em três meses. O consultório onde as consultas ocorriam ficava no primeiro andar de um dos prédios da ala psiquiátrica do hospital e recebia grande fluxo de pacientes. Fernando era psiquiatra há muitos anos; no entanto, sua experiência com sujeitos transexuais era limitada ao PAIST. O psiquiatra afirma que a primeira vez que encontrou pessoalmente uma pessoa transexual para avaliação foi em 2003, quando de sua adesão à equipe do programa. As gravações das consultas com o psiquiatra foram realizadas em minha presença. Assim como a equipe cirúrgica, a psiquiatria funcionava para formação de alunos/as de graduação. No entanto, durante o trabalho de campo, só percebi a presença de uma estudante assistindo às consultas durante o período inicial de observação e familiarização com o campo; no período em que gravei as consultas, não houve estudantes presentes nas sessões.

A dinâmica de coleta de assinaturas do TCLE e de gravação ocorreu de forma relativamente diferente dos contextos anteriormente discutidos. Fernando também atendia pacientes com muitos propósitos distintos; suas consultas não eram somente com pessoas transexuais, mas abrangiam um grande contingente com propósitos diferentes: avaliava pacientes internados no hospital para verificar a possibilidade de alta, emitia pareceres periciais para o estado e atendia os/as participantes do PAIST; tudo às terças-feiras pela manhã. O atendimento era, então, por ordem de chegada. A entrega e leitura do TCLE aconteciam na sala da secretária de Fernando que verificava a ordem de pessoas a serem atendidas, selecionava as/os usuários/as transexuais e os/as levava para sua sala onde eu esperava para apresentar a pesquisa, ler o TCLE e coletar as assinaturas daqueles/as que, por algum motivo, eu ainda não havia encontrado anteriormente.

Durante as consultas, eu sentava à direita da mesa de atendimento, perto do arquivo e um pouco atrás do campo de visão dos/as interlocutores/as (Figura 2). O médico não se sentia seguro para manusear o gravador, então eu ficava responsável por ligá-lo no início da conversa e desligá-lo ao fim. O aparelho era sempre colocado sobre a mesa do psiquiatra para garantir a qualidade das gravações. Quando as consultas não eram relacionadas ao PAIST, Fernando pedia que eu me retirasse da sala e esperasse a próxima consulta de interesse para a pesquisa na sala de sua secretária ou na sala de espera do ambulatório.

Figura 2 – Consultório da psiquiatria



Embora os documentos brasileiros que regulamentam o Processo Transexualizador requeiram que o diagnóstico seja feito em conjunto pela equipe multidisciplinar, é o psiquiatra quem libera o laudo diagnóstico após os dois anos de acompanhamento exigidos pela resolução do CFM e portarias do MS. De fato, em entrevista individual não estruturada comigo, Fernando afirma que sua função no PAIST é estritamente pericial. Em outras palavras, ele deve verificar a adequação aos critérios diagnósticos estabelecidos nas resoluções do CFM que, vale lembrar, replicam a classificação diagnóstica do DSM e do CID. Assim como nas outras especialidades que compõem o PAIST, 25 consultas foram gravadas na psiquiatria. Com o Quadro 3 ofereço uma visão geral de tais consultas.

Além das gravações das consultas, também fazem parte do *corpus* desta pesquisa três entrevistas não estruturadas realizadas com Giovani, Inês e Fernando. As entrevistas com Giovani e Inês ocorreram no hospital; a entrevista com Fernando, por decisão do médico, aconteceu em seu consultório particular em um bairro de classe média alta da cidade onde o programa se localiza.

Quadro 3 – Visão geral das consultas psiquiátricas

Usuária/o	Profissional responsável	Duração	Data	Número da consulta
Adir	Fernando	10min33s	09 mar. 2010	4ª
Aline	Fernando	15min10s	23 fev. 2010	6ª
Celina	Fernando	13min10s	20 fev. 2010	3ª
Ceres	Fernando	12min47s	09 mar. 2010	5ª
Daiane	Fernando	14min59s	23 mar. 2010	-----
Débora	Fernando	08min21s	23 mar. 2010	4ª
Érika	Fernando	12min28s	09 mar. 2010	3ª
Estela	Fernando	24min46s	30 mar. 2010	2ª
Gilda	Fernando	07min52s	30 mar. 2010	6ª
Gregory	Fernando	22min26s	19 jan. 2010	1ª
Jane	Fernando	11min37s	13 abr. 02010	6ª
Joe	Fernando	14min32s	23 fev. 2010	?
Kátia	Fernando	32min05s	12 jan. 2010	7ª
Kátia	Fernando	14min85s	11 maio 2010	8ª
Leopoldo	Fernando	12min49s	23 mar. 2010	1ª
Letícia	Fernando	10min34s	09 mar. 2010	3ª
Luana	Fernando	30min23s	09 mar. 2010	1ª
Mara	Fernando	18min59s	09 mar. 2010	5ª
Márcia	Fernando	22min28s	19 jan. 2010	4ª
Márcia	Fernando	14min08s	13 abr. 2010	5ª
Mônica	Fernando	14min40s	23 fev. 2010	-----
Olavo	Fernando	18min49s	13 abr. 2010	3ª
Samantha	Fernando	22min14s	19 jan. 2010	2ª
Sônia	Fernando	16min00s	02 fev. 2010	5ª
Soraya	Fernando	09min09s	09 mar. 2010	-----
Total: 7h08min				

Ademais, realizei entrevistas não estruturadas com dez usuárias/os do PAIST. Para a realização dessas entrevistas, minha presença na sala de espera do hospital foi crucial, pois foi ali que estabeleci os contatos e agendei as entrevistas. Nos dias de atendimento, se agregava nas salas de espera dos consultórios grande número de usuários/as. Esse também foi um espaço importante para desenvolvimento da pesquisa e geração de dados etnográficos. Era na sala de espera que sujeitos transexuais mais experientes no PAIST aconselhavam novatos/as sobre a rotina do programa e sobre as consultas. Minha presença na sala de espera também reenquadrou a leitura que as/os usuários/as tinham sobre minha vinculação ao PAIST. Foi na sala de espera que deixei clara minha posição de pesquisador vinculado às ciências sociais.[36] Essa estratégia metodológica foi importante para que minha figura não fosse vinculada à equipe de profissionais da saúde, o que poderia limitar as informações e opiniões dadas a

mim durante o trabalho de campo, pois, afinal, na interpretação dos homens e mulheres trans, havia sempre o risco subjacente de se ter a participação no PAIST negada se fossem feitas críticas ao programa ou se fossem narradas histórias que contradissessem os critérios que definem quem pode receber o diagnóstico.

Além de servir de fonte importante de geração de dados etnográficos, foi na sala de espera que convidei pessoas transexuais para serem entrevistadas. Quando das entrevistas, retomava os objetivos da pesquisa com meus/minhas interlocutores/as. Todas/os entrevistadas/os já haviam tido alguma de suas consultas gravadas no hospital. Foram entrevistados três homens transexuais e sete mulheres transexuais. As entrevistas ocorreram em lugar de escolha da/o entrevistada/o, sendo que os três homens transexuais e duas mulheres transexuais preferiram ser entrevistados/as no hospital para aproveitar sua ida lá, duas foram feitas em minha casa, duas preferiram conceder a entrevista em algum lugar público perto de suas casas (um bar e uma praça) e uma mulher transexual decidiu ser entrevistada em seu local de trabalho que se localizava no subúrbio da cidade.

Cada entrevista durou em média uma hora e meia. Com base nas técnicas da sociolinguística interacional, quando a acústica do local permitia e havia disponibilidade da/o entrevistado/a, as entrevistas seguiam um roteiro retrospectivo (Rampton, 2006a): eu tocava partes das gravações de suas consultas para serem avaliadas pelas/os entrevistadas/os. Com isso, pude ter acesso à perspectiva dos/as usuários/as (Rampton *et al*., 2004) sobre sua rotina no hospital, sua relação com a equipe e com os discursos que constituem o Processo Transexualizador.

Metodologicamente, entender os efeitos concretos do dispositivo da transexualidade, seus discursos e textos na construção de relações intersubjetivas entre equipe multiprofissional e usuários/as trans implica investigar as dinâmicas entre o que acontece, em termos goffmanianos, no palco interacional (ou seja, quando dois ou mais interagentes se encontram frente a frente para realizar suas tarefas diárias) e nos bastidores (isto é, quando esses indivíduos não estão atuando em conjunto) (Goffman, 1959). Em outras palavras, é necessário comparar e contrastar o que acontece nas consultas (seu desenvolvimento interacional turno-a-turno) e as atitudes e opiniões dos/as interlocutores/as compartilhadas fora do ambulatório sobre elas. Nesse cenário, os dados compreendem diferentes períodos do acompanhamento terapêutico e englobam desde a primeira consulta de entrada de participantes novas/os no PAIST à última consulta clínica pré-cirurgia.[37]

Além disso, as entrevistas com usuários/as e a equipe multidisciplinar fornecem a possibilidade de entendermos suas perspectivas sobre suas performances identitárias durante as consultas, o que nos oferece uma visão ampla das dinâmicas discursivas, textuais, clínicas e identitárias nesse programa. Dessa forma, a abrangência dos dados gerados possibilita investigar os itinerários dos discursos que sustentam o dispositivo da transexualidade no Processo Transexualizador brasileiro e seus efeitos materiais na construção de relações intersubjetivas entre profissionais da saúde e usuários/as trans.

Analiticamente, é o contraponto entre aqueles/as usuários/as que, por diversos motivos (tempo de permanência no PAIST é um dos principais), já replicam em sua estilística corporal e narrativas de vida o modelo de *transexual verdadeiro* e aqueles/as que, iniciantes no programa, ainda não satisfazem os *sinais* e *sintomas* de uma transexualidade nos moldes do DSM, que permite acompanhar esses itinerários nos processos microinteracionais de aprendizagem desse modelo de identidade. Por essa razão, as análises feitas nos capítulos 4 e 5 serão guiadas por esse contraste entre usuários/as mais experientes e iniciantes no PAIST. No próximo capítulo, descrevo os princípios teórico-analíticos que guiam a investigação.

3

(Des)Aprendendo a *Ser*: trajetórias de socialização e a (meta)pragmática da identificação social

De que valeria o empenho do saber se assegurasse apenas a aquisição de conhecimentos e não, de certo modo, e na medida do possível, o descaminho daquele que conhece?
Michel Foucault

Em seus trabalhos sobre as dinâmicas de assujeitamento nas quais indivíduos se tornam determinados tipos reconhecíveis de sujeito pelo funcionamento dos elementos heterogêneos de dispositivos, Foucault delineia uma mudança histórica que marcou a transição da soberania para o que o filósofo chama de sociedades disciplinares: da identificação das pessoas com base em seus comportamentos "naturais" para sua classificação e disciplinarização de acordo com suas disposições mentais e espirituais (Foucault, 2003, 2011b). Nesse contexto, o filósofo explica como a produção de saberes nas ciências sociais e o desenvolvimento de categorias científicas simultaneamente possibilitaram novas formas de conhecimento e novas maneiras de exercício de poder. Um dos traços centrais dessa mudança envolve a proliferação de taxonomias e práticas de classificação de pessoas em instituições, como o hospital (Foucault, 2013b) e a prisão (Foucault, 2011c).

A burocratização dessas taxonomias possibilitou que governos e suas instituições pudessem conhecer esses indivíduos e prever/prescrever como eles se comportariam em formas que eram indisponíveis antes do interesse das ciências por suas vidas. Consoante Foucault, assim, os novos sistemas de classificação permitiram a identificação de certos indivíduos como determinados tipos de sujeitos e a elaboração de técnicas institucionais de vigilância e controle. Em outros termos, produziram-se técnicas de governo dos outros (Foucault, 2009) que acabariam por gerar práticas de autovigilância, fazendo o indivíduo progressivamente, por si mesmo, manter-se nas tramas dos dispositivos que o

enredam – o que Foucault (1988) chama de técnicas de si.[38] Instituições, como hospitais, por exemplo, emergiram como máquinas de classificação e vigilância, e, como vimos, o Processo Transexualizador do SUS – uma das engrenagens do dispositivo da transexualidade – funciona como uma dessas máquinas de identificar *transexuais verdadeiros* e neles intervir.

Com essa discussão sobre dispositivos e seus efeitos materiais no corpo e na subjetividade, Foucault evidencia que não há nada de natural nisto que chamamos de identidade: ela, afinal, não vem de dentro, não é uma propriedade dos indivíduos; mas, sim, vem de fora, é o resultado corporificado e subjetivo do funcionamento dos dispositivos nos quais agimos. Foucault desnaturaliza o que entendemos por identidade, colocando-a entre aspas, por assim dizer, sempre desconfiando de sentidos essencialistas: *ser*, para este autor, não é uma essência refletida em nossas ações, não vem de dentro; é, sim, o resultado de nossas ações nas tramas dos dispositivos que nos capturam.

Essa perspectiva antiessencialista e antifundacionalista foucaultiana é central na teoria de Butler (2003). Segundo essa autora, gênero (e, como já vimos, a identidade em geral) é a "estilização repetida do corpo (...) no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, que se cristaliza no tempo para produzir uma aparência de substância" (Butler, 2003: 59). Não é difícil entrever aí traços da perspectiva de Foucault: as estilizações das quais nos fala Butler fazem parte do que esse filósofo chama de técnicas de si – práticas de autovigilância que reiteram ou desafiam os dispositivos, que, por sua vez, em Butler, são identificados como uma estrutura reguladora altamente rígida.

Tal perspectiva tem tido relativa influência em pesquisas nos estudos da linguagem com foco na construção de identidades (Besnier, 2003; Borba, 2009, 2010, 2011, 2012; Bucholtz & Hall, 2005, 2010; Cameron, 1997; Cameron & Kulick, 2003; Johnstone, 2010; Mello & Moita Lopes, 2013; Moita Lopes, 2009; Moita Lopes & Fabrício, 2013; Pinto, 2007; Sell & Ostermann, 2009; Silva, 2008). Embora esses estudos tragam ganhos epistemológicos e analíticos para o campo, suas idiossincrasias metodológicas, apesar de contemplarem as identidades como produtos de certas estilizações, dão pouca visibilidade aos aspectos processual e translocal de sua construção performativa. Isso se deve, de acordo com Agha (2005), às unidades de análise com as quais a área se ocupa. Estudos focalizam eventos discursivos (Hymes, 1972), a ordem interacional (Goffman, 2002a, 2002b) ou segmentos de fala-em-interação (Schegloff, 2007) como episódios bem delimitados da ação social. Em outros termos, estudam-se performances identitárias dentro das fronteiras de determinado contexto de uso

de linguagem, em segmentos de interações geográfica e temporalmente circunscritos e, com isso, deixam-se em segundo plano dois elementos centrais da perspectiva performativa: a repetição e a produção de uma aparente estabilidade.

Tendo esse cenário em tela, neste capítulo desenho uma proposta analítica que contempla não só as ações de interlocutores/as *in situ*, mas sua história interacional durante a qual gradualmente se dão os assujeitamentos (e a possibilidade de resistência) ao dispositivo da transexualidade. Abordagens recentes no campo da antropologia linguística, da linguística aplicada e da sociolinguística têm-se pautado no estudo da semiose *entre* encontro comunicativos, com ênfase no fato de que elementos discursivos estabelecem formas de conectividade entre eventos de uso da linguagem. O interesse nas dinâmicas discursivas que produzem essa conectividade abre nossas lentes analíticas para processos sociais mais amplos que consistem de vários eventos, ordenados e ligados um ao outro no tempo (Agha, 2003, 2005, 2007; Bauman, 2004, 2005; Blommaert, 2005, 2010; Briggs, 1998, 2005; Fabrício, 2012, 2013; Guimaraes, 2014; Oliveira, 2014; Pennycook, 2007, 2010; Rampton, 2006b; Silverstein & Urban, 1996; Silva, 2012, 2014; Wortham, 2005, 2006). De acordo com tais abordagens,

> quem efetivamente participa de um dado encontro discursivo já participou de outros antes deste [e vai participar de outros após este – acho importante acrescentar] e, assim, traz consigo para o encontro atual uma história discursiva biograficamente específica que, em muitos aspectos, molda a habilidade do indivíduo de usar e construir enunciados (assim como *footings*, posicionamentos, identidades e relações mediadas por enunciados) dentro do encontro atual. (Agha, 2005: 1)

Nesse sentido, se isso que chamamos de identidade é o efeito pragmático das sucessivas repetições de recursos semióticos, estudar a semiose entre diferentes encontros comunicativos possibilita que investiguemos os processos temporais que produzem a aparência de substância e que, paradoxalmente, abrem possibilidades de resistências aos assujeitamentos engendrados por determinados dispositivos. Tornar-se um tipo reconhecível de sujeito, para usar a retórica foucaultiana, não acontece em um momento específico e bem demarcado da história social de um indivíduo; os efeitos materiais dos dispositivos, as técnicas de si, não aparecem repentina e abruptamente. Pelo contrário, atuam paulatinamente sobre os corpos e as subjetividades daqueles/as que capturam em suas engrenagens de saber/poder. O sujeito seria, assim, o resultado cumulativo de uma sucessão de encontros discursivos intertextualmente ligados entre si.

Aquilo que chamamos de identidade, nessa perspectiva, passa a ser entendido como uma projeção semiótica dialógica e situada, orientada pela história de interações passadas e futuras com outros/as, tendo seus efeitos pragmáticos locais moldados por essa história translocal. No que segue, defendo que os assujeitamentos aos dispositivos acontecem sub-repticiamente pela repetição de certos recursos semióticos que estabelecem conexões entre diferentes encontros comunicativos e constituem, dessa forma, tramas discursivas nas teias das quais indivíduos (des)aprendem a ser certos tipos institucionalmente reconhecíveis de sujeito.

Como um Indivíduo se Torna Sujeito: trajetórias de socialização e a estilização de performances identitárias

Interações entre profissionais da saúde e pessoas transexuais não são estranhas aos estudos linguísticos. Dentro do campo de investigações sobre linguagem e gênero, a analista da conversa Susan Speer tem pesquisado a construção de relações intersubjetivas e de identidades de gênero em entrevistas psiquiátricas em um programa de atenção à saúde trans-específica em Londres. Suas pesquisas têm descrito a organização sequencial do discurso reportado indireto (Speer, 2011), de perguntas hipotéticas (Speer, 2010; Speer & Parsons, 2006, 2007), das atribuições de aparência (Speer, 2009; Speer & Green, 2007) e da conversa sobre práticas sexuais (Speer, 2013). O foco principal dessas análises é a forma como pessoas transexuais da clínica investigada "passam" por mulheres/homens[39] e como esse "passar" é efetuado nos microdetalhes da interação com seus psiquiatras.[40] Contudo, seu foco analítico restrito às fronteiras do que acontece em segmentos de fala-em-interação geográfica e temporalmente demarcados limita sua compreensão dos processos sociossemióticos mais amplos que levam certos indivíduos a se tornarem *transexuais verdadeiros* nos moldes do DSM para/com/pelos psiquiatras.

Como afirma Schegloff (1997), a análise da conversa (AC) se interessa pela construção sociointeracional da realidade, que é entendida como restrita ao aqui-e-agora de uma dada interação. Nessa perspectiva, Schegloff (1997, 2007) defende que a análise dessa realidade deve levar em consideração a fala-em-interação "por si só", atentando para o que os/as interlocutores/as explicitamente se orientam. Ou seja, "se os membros [da interação] estão escutando

dessa maneira e respondendo dessa maneira – ou seja, com uma orientação para este nível de desenho de turno – nós somos obrigados/as a analisá-la dessa maneira" (Schegloff, 1997: 175).

Na AC schegloffiana, deve-se desenvolver análises formais internas (ou seja, endógenas) guiadas pelo que os/as participantes de um encontro dizem e fazem *na* e *durante* a interação. O contexto relevante para análise se restringe ao cotexto (Billig, 1999), isto é, ao que está explicitamente presente nos turnos de fala e em uma sequencialidade restrita a poucas linhas de transcrição.[41]

Seguindo essa noção de contexto, Speer (2010), por exemplo, descreve o uso de perguntas hipotéticas. Consoante a autora, turnos com o formato "Suponha que você não receba autorização para cirurgia, o que você faria?" aparecem em contextos sequenciais nos quais os psiquiatras se demonstram céticos quanto ao comprometimento do/a usuário/a com a cirurgia e a identidade transexual que afirma ter. A autora argumenta que tais perguntas hipotéticas "são rotineiramente lançadas pelos psiquiatras como perguntas de último recurso para testar as perspectivas e o comprometimento com a hormonoterapia e as cirurgias de mudança de sexo" (Speer, 2010: 136).

Sequencialmente, tais perguntas projetam uma resposta como ação preferida na segunda parte do par adjacente[42] na qual os/as *pacientes* devem demonstrar que "o cenário hipotético negativo que lhes é apresentado, se realmente ocorresse, não os/as deteria de suas posições pró-tratamento" (Speer, 2010: 136). Assim, tal sequência tem uma função diagnóstica, pois, se em suas respostas usuários/as se mostrarem convictos/as de suas decisões e de sua transexualidade, ela pode servir para convencer os psiquiatras de que são *transexuais verdadeiros*. A autora afirma ainda que "os/as pacientes nunca modificam suas opiniões. Pelo contrário, eles/as se mantêm firmes (...) em seu comprometimento com o tratamento e seu novo papel de gênero" (Speer, 2010: 153).

A filiação de Speer à noção de contexto como cotexto (isto é, a sequencialidade dos turnos-de-fala) e seu foco sobre aquilo que os/as interagentes explicitamente se orientam a forçam a tomar o *status* da transexualidade como doença mental e a narrativa de *transexual verdadeiro* por garantidos. Em suas análises, a autora parte do pressuposto de que os/as usuários/as da clínica observada são *transexuais verdadeiros* e não problematiza a influência da necessidade do diagnóstico de TIG nas consultas que investiga, naturalizando o *status* de pessoas transexuais como pacientes. Afinal, é isso que os limites bem delimitados dos segmentos analisados pela autora permitem que se veja: nas consultas, psiquiatras e usuários/as mantêm uma orientação às suas identidades

como médicos e pacientes e à imposição institucional do diagnóstico. O que está supostamente fora da interação (dispositivos, nos termos de Foucault; estrutura reguladora, para Butler) e a "história discursiva biograficamente específica" (Agha, 2005: 1) dos/as usuários/as não comparecem como eixos analíticos.

Uma aposta na semiose *entre* encontros comunicativos, por outro lado, extrapola as fronteiras do evento discursivo, da ordem interacional e da fala-em-interação, negando, assim,

> concepções estáticas de contexto, o concebendo como uma práxis reflexiva, i.e. uma constante atividade metapragmática não restrita ao que acontece em eventos específicos. Isso tem a ver com localidade e translocalidade, abarcando tanto a dimensão interacional imediata – na qual há a contínua interpretação de pistas de contextualização – e uma dimensão mais translocal – na qual pistas e pressuposições utilizadas apontam para um domínio histórico. (Fabrício, 2012: 5)

Nessa perspectiva, as análises apresentadas nos capítulos 4 e 5 não partem do pressuposto de que a transexualidade é uma doença mental e de que há *transexuais verdadeiros*, mas das perguntas: como essa performance identitária é forjada? Qual sua história interacional? Como, afinal, um indivíduo se torna um *transexual verdadeiro* (trans)localmente e passa a adotar sua narrativa universalizante?

Mantendo essas perguntas no horizonte, vejamos duas cenas etnográficas das quais participei no PAIST. Embora temporal e espacialmente distantes entre si, estas cenas são intertextualmente ligadas pelos itinerários dos recursos semióticos que as constituem.

Cena 1

> Rebeca, Gilda e eu tomávamos café em uma das vendinhas em frente ao hospital. Eram 8h20 da manhã e como as consultas só iniciariam às 10h, tínhamos bastante tempo antes de entrar no hospital. Conversávamos efusivamente sobre a possibilidade de Rebeca receber seu laudo na semana seguinte quando encontraria o psiquiatra Fernando, pois, segundo seu cartão de atendimento, já completara dois anos de acompanhamento no PAIST o que satisfazia as exigências das resoluções (...).
>
> De repente, fomos abordados por Vitória, que comia pães de queijo na banquinha ao lado: "Vocês também têm consulta com o doutor Giovani?". Ela teria sua primeira consulta naquele dia. Diferentemente de minhas outras interlocutoras, Vitória ostentava poucos símbolos femininos

no corpo, embora dissesse que havia implantado silicone nos seios. “Foi só um pouquinho porque não queria exagero e como sou magro não queria parecer um travesti”, nos dizia. Vitória tinha mais de 50 anos, mas passara por poucas modificações corporais: sua voz era acentuadamente grave, usava uma camisa masculina larga de mangas longas – que disfarçava seus seios –, calças jeans, botinas pretas e óculos escuros; os pelos de sua barba – apesar de bem feita à gilete – eram visivelmente espessos. Seu uso do gênero gramatical era oscilante, às vezes se referia a si mesma no feminino, às vezes no masculino. Havia sido casada por muitos anos e tivera duas filhas.

Rebeca, com seu sarcasmo típico, perguntou: “Você tá sabendo que aqui o tratamento é pra transexuais?”. Vitória, surpresa, respondeu: “Sim, por isso mesmo estou aqui. Sou uma trans.”. Gilda e Rebeca se olharam com um tom de desconfiança. Gilda avisou que se Vitória entrasse no consultório daquela forma, o médico não acreditaria que ela era uma trans. “Você tá muito masculina”, avisava (...). “Já ouviu falar do teste de vida real?”, inquiriu Rebeca, ao que nossa mais nova interlocutora respondeu negativamente. (...) Vitória diz que leu sobre o programa num artigo de jornal e ficou muito feliz em saber que “o Brasil está assim tão avançado nisso, porque agora posso ter o corpo que eu sonho e viver mais feliz com meu namorado”, sua voz me parecia trêmula. Rebeca se desarmou: “Bem-vinda ao clube!” (...).

Preocupada, Vitória perguntou se sua participação no PAIST seria barrada por ainda não ser “tão bonita como vocês”. Gilda disse que era só uma questão de tempo: “Assim que você começar a tomar hormônios, vai ficar um escândalo de mulher”. Vitória gargalhou (...) e Rebeca a aconselhou a escolher roupas “no mínimo unissex, se você não pode usar vestidos por causa do trabalho”. Gilda falou da barba: “Depile com cera quente. A dor é horrível no começo, mas depois você acostuma e o resultado é IN-CRÍ-VEL”. Rebeca afirmou que os médicos perguntariam desde quando ela se reconhecia como transexual: “Eu digo que desde que eu me conheço por gente”. No entanto, Vitória contou que “esse sentimento” começara depois que se casou. “Pois não diga isso para eles”, aconselhou Gilda. Dando continuidade aos seus ensinamentos, Rebeca avisou que eles também iriam fazer perguntas muito íntimas sobre sexo. “Eu adoro transar”, dizia Vitória em tom de voz mais baixo. “Como você não toma hormônios, você deve ficar de pau duro, não é?”, indagou Rebeca. Vitória nos explicou que já teve ereções, mas não gostava de ser ativo na relação sexual com seu namorado. Agora, “com a idade” é menos frequente “fica duro, de vez em quando acontece. Não me preocupo”. Rebeca deu um sorriso de soslaio, olhou para Gilda e para a vendedora de café que escutava atenta nossa conversa,

se aproximou de Vitória e falou baixinho: "Acho melhor você não admitir isso para eles". (...)

Já eram quase 9h40; avisei minhas interlocutoras. Despedi-me, desejando boa sorte a Vitória, e parti para a entrada de funcionários para seguir caminho até o ambulatório do PAIST ansioso para acompanhar sua consulta na urologia. Como os médicos reagiriam a ela? – me perguntava. As consultas iniciaram com atraso. Depois de quatro encontros, Carlos, um dos *fellows* presentes, saiu para chamar a próxima e foi abordado por Vitória que perguntava se demoraria muito para ser atendida. Carlos verificou a ordem dos cartões entregues e afirmou que havia três consultas antes de ela ser chamada. Vitória contou que precisava pegar o ônibus de volta para a cidade onde morava, no interior do estado, pois já havia comprado a passagem, que era cara. Defrontado com esse fato, Carlos pegou a agenda e remarcou a consulta para o próximo mês. Quando voltou para sala, contou o ocorrido para Giovani e Roberto, que ficaram no consultório, e comentou: "Mas ele é homem, parece meio roqueiro!" (notas de campo, 14 abr. 2010).

Cena 2

No mês seguinte, em 5 de maio, Vitória teve sua consulta. Apresento a seguir os excertos dessa interação. A psicóloga Inês também esteve presente durante parte dessa consulta. Embora o coordenador estivesse trabalhando neste dia, em virtude do grande número de consultas marcadas, Giovani decidiu dividir a equipe: ele atendia na sala da urologia e Carlos utilizava a sala de exame físico (Figura 1, capítulo 2). Satisfazendo um pedido de Giovani, fiquei em sua sala e, assim, não estive presente na consulta de Vitória, embora ela tenha sido gravada, como se vê no excerto 1.[43]

Excerto 1

```
80  Carlos:  Vitória >me diz uma coisa<
81           (0.3)
82  Carlos:  °é:::° como é que você chegô a- a- a::::
83           <conclusão> que você::::: >apresenta< um
84           transtorno de::: [>identidade de gênero?<]
85  Vitória:                  [é:: desde os sete anos] de
86           i↑dade eu::: criava muito assim na hora de se
87           vesti, tinha umas camisetas que eu usava,
88           fazia feito um maiô .hhh depois aos doze
89           anos de idade >eu comecei a me vesti< usava
```

as roupas da minha mãe::, prima:: né >não
tinha irmã<
(.)
Vitória: e:::::::::::- e sempre tive uma tendência::
a gostá de ↑tudo que era coisa de mulher né,
nas brincadeiras >eu não soltava pipa< não
jogava [↑bo::la]
Carlos: [cê se] senti::a diferente dos outros
rapazes? [>dos outros garotos?<]
Vitória: [ah::::: sim↓ sempre] sempre↓ eu
preferia sempre o contato com as mulhe::res,
>com as meninas< mais que dos rapazes, esse
negócio às vezes de i a clu:::be assim,
piscina e tê que trocá de roupa na frente
dos home >eu nunca gostei disso< [eu sempre-]
Carlos: [en ten di↓]
(.)
Carlos: desde de muito novinho↓=
Vitória: =↑é::::: desde de muito novo, de sete anos de
idade agora::::: <marcadamente> desde os doze
anos de idade,
Carlos: desde os doze que você:: começô a usá a roupa
>que [cê diz<]
Vitória: [↑n ã o] desde os sete, [de sete anos]
Carlos: [desde se]te?=
Vitória: =é >é é<
Carlos: mas se usava:: escondi::do assim você::[::-]
[...]
Carlos: =entendi, e::: durante o:: s- o seu namoro
agora com seu- seu atual namorado↓
(.)
Carlos: .hh é:::: com relação a::- a- a- ao namo↓ro,
você tá usando- você usa o pênis?=
Vitória: =não↓ >não [uso< não, não uso]
Carlos: [você não faz- não] usa?=
Vitória: =não, não uso↓=
Carlos: tá [bom↓]
Vitória: [eu] não uso e::::::-
[...]

```
243 Carlos:  =você conse]gue ficá:::[:: >ereto<]
244 Vitória: =penso nele-]         [exatamente] isso↓
245 Carlos:  entendi, você::: <quando se ↑olha> no espelho
246          e olha seu::- seu genital↓ se nota alguma
247          coisa? cê- >cê fica [constrangido?<]
248 Vitória:                    [é eu fico numa] situação
249          meio desagradável, [>situação ruim<]
250 Carlos:                    [é desagradável]
251 Vitória: é=
252 Carlos:  =você acha desagradável tê:::- tê o pênis.
253 Vitória: é,>eu acho<=
254 Carlos:  =cê acha=
[...]
646 Carlos:  <<infelizmente>> infelizmente >mas assim< é
647          um programa longo↓ [não] precisa ↑pressa agora
648 Vitória:                    [uhum]
649 Carlos:  >cê tá entendendo?< [é::]: tudo são novidades=
650 Vitória:                     [uhum]
651 Carlos:  =cê tá sendo (visto) de coisas [que cê nunca=
652 Vitória:                                [é:: eu tenho=
653 Carlos:  =imaginô↓]
654 Vitória: =lido mui]to também::: [ô:::]: >Carlos< eu=
655 Carlos:                        [isso]
656 Vitória: =leio muito pela inter↑net, [muita maté::ria]
657 Carlos:                              [não precisa cê]
658          tê ↑pressa disso não↓ você:::: >assim< fica
659          tranquilo que::: é::: a diferença de um mês
660          pra quatro meses >de diferença< pa↑rece ↑sê::
661          >mas ↑cê vai vê< é rápido=
662 Vitória: =é=]
```

Nessas cenas, Vitória se encontra na intersecção de dezenas de signos culturalmente reconhecíveis como índices de feminilidade e masculinidade. Wortham (2006) define signos de identidade como itens semióticos que indicam/pressupõem o pertencimento de um indivíduo a certo tipo social reconhecível. Segundo Wortham (2005), há dois tipos desses signos: aqueles que são denotacionalmente explícitos (por exemplo, escolhas lexicais, como "você é um/a *transexual verdadeiro*") e os configuracionais, tácitos e reflexivos, dependentes de conexões indexicais que se pressupõem mutuamente por sua ligação em diferentes eventos/segmentos (por exemplo, narrativas).

Tomadas em seu conjunto, as cenas 1 e 2 formam o início de uma corrente discursiva (Agha, 2003, 2005) – isto é, uma série de eventos por meio da qual um signo se movimenta – ligada pela repetição de certos signos de identidade. Se ficássemos presos/as às fronteiras textuais da interação entre Vitória e Carlos (como a análise da conversa faria e como o faz Susan Speer, 2009, 2010, 2011, 2013), a usuária do PAIST não poderia ser classificada de outra forma senão como um *transexual verdadeiro*; afinal, para/com o médico, Vitória replica os sinais e sintomas que definem o TIG. Contudo, no café da manhã que tivemos juntos, Vitória fez uso de outros signos de identidade que desafiariam tal classificação. Essas cenas indicam que a entrada em um programa de transgenitalização é marcada pela fricção entre as formas locais e particulares que usuários/as vivenciam sua transexualidade e o modelo de *transexual verdadeiro* que guia as práticas de atenção à saúde no Processo.

De acordo com Wortham (2006: 38), "a identificação social depende de modelos de identidade que circulam amplamente na cultura e acontece à medida que eles são explicitamente denotados ou implicitamente indexicalizados em eventos de identificação". Ou seja, a identificação se dá no nexo entre o local (uso de determinados recursos semióticos em performances situadas) e o translocal (campos semântico-pragmáticos cuja história dá sentido ao que acontece aqui e agora). A repetição desses signos em diferentes eventos comunicativos acaba por solidificar certa performance identitária e pressupor ações sociais vinculadas a tal modelo. Nesse sentido, o autor defende que a identificação social (ou, no caso do Processo Transexualizador, a desidentificação) requer a circulação constante de certos signos de identidade entre diferentes eventos comunicativos que incluem, pressupõem um indivíduo ou a ele se referem.

A relação entre signos e as identidades que indexicalizam não acontece, contudo, em uma equação tautológica (um signo apontando diretamente para um tipo social reconhecível). Qualquer recurso semiótico potencialmente produz várias identidades diferentes para um indivíduo. De acordo com Wortham (2006: 32), "ao invés de identificar uma pessoa inequivocamente, signos acabam por identificar pessoas somente quando participantes e analistas inferem o contexto relevante" para sua interpretação. Esse é, de fato, o primeiro princípio da proposta de Wortham para explicar os processos de identificação social: contextualização de signos em um determinado encontro comunicativo e entre diferentes encontros.

Wortham explica que "um signo (...) tem sentido somente dentro de um modelo 'metapragmático' ou 'metacultural'. Um modelo metapragmático

é um modelo de tipos reconhecíveis de pessoas (...) participando em tipos reconhecíveis de interação" (2006: 32). Assim, os signos de identidade usados localmente só ganham sentido quando, em amálgama, apontam para certo modelo metapragmático. Não podemos, no entanto, ver tais modelos de maneira estática e a-histórica.

O trabalho de Foucault, como vimos, em grande medida ilustra como certos modelos de identidade foram historicamente produzidos. No capítulo 1, por exemplo, estudamos como o modelo de *transexual verdadeiro* emergiu das configurações de saber/poder da medicina e das ciências *psi*; sua construção estabeleceu os campos de visibilidade e enunciação nos quais tais indivíduos podem se engajar – isto é, desejar as cirurgias, ter ojeriza pelos órgãos genitais e contar narrativas do tipo "sou um homem/mulher preso/a em um corpo equivocado". Tal história constrange o efeito do signo localmente. Assim, "um modelo metapragmático 'regimenta' o signo de identidade (i.e. deixa claro que aspectos do contexto são relevantes na interpretação do signo) (...). Essa regimentação limita os possíveis significados do signo, possibilitando que interlocutores/as o interpretem e reajam a ele" (Wortham, 2006: 33). Nesse sentido, tornar-se um tipo reconhecível de sujeito implica a contextualização local do signo em campos de significação translocais.

O segundo princípio da identificação social, segundo Wortham (2006), envolve as dinâmicas de entextualização (Bauman & Briggs, 1990; Silverstein & Urban, 1996). Bauman (2004: 4) explica que

> O processo de entextualização, ao circunscrever um trecho de discurso de seu contexto, inserir propriedades coesivas formais e (com frequência, mas não necessariamente) produzir coerência interna, serve para objetificá-lo como unidade textual a qual se pode fazer referência e, assim, pode ser descrita, nomeada, mostrada, citada e tratada como um objeto. (...) Um texto, portanto, a partir dessa perspectiva, é discurso descontextualizável.

Grosso modo, entextualização pode ser entendida como o processo de retirar recursos semióticos de um contexto e materializá-los em nossas ações sociais em outro lugar e tempo. Isso acontece quando um texto (ou extratos de um texto) é (são) retirado(s) de seu contexto de produção primário e trazido(s) para outro, interligado ou distante do original. Assim, um texto cultural entextualizado é um texto descontextualizado e recontextualizado em outra geografia e temporalidade. Bauman e Briggs (1990) afirmam que para entendermos como os discursos são (re)utilizados em nossas práticas diárias devemos considerar "o

que acontece com um texto uma vez que este é descontextualizado" (Bauman & Briggs, 1990: 74), pois "descontextualização de um contexto deve envolver recontextualização em outro, o que reconhece o potencial que textos têm de circular, de ser usados novamente em outro contexto" (Bauman, 2004: 4) e, dessa forma, conectar diferentes momentos históricos.

Mais especificamente ao que tange às dinâmicas da identificação social em uma abordagem que aposta na semiose entre eventos comunicativos, Wortham (2006: 36) assevera que

> Signos de identidade ganham determinado sentido num contexto através de um processo contingente durante o qual modelos metapragmáticos emergem. À medida que participantes usam signos de identidade entre eventos, tais signos tendem a convergir em um modelo metapragmático como o mais apropriado para a interpretação de e reação a signos de identidade particulares. Quando isso acontece, um 'texto' reconhecível ou uma organização para a interação emerge, explícita ou implicitamente, e modelos metapragmáticos correspondentes se tornam relevantes para classificar e reagir aos indivíduos.

A partir dessa visada, podemos entender isso que chamamos de identidade como "projeções duradouras de textos lidas nos termos de seus processos de entextualização" (Silverstein & Urban, 1996: 6). Vejamos como o caso de Vitória pode ser útil para explicar essa (meta)pragmática da identificação social.

Embora Vitória tenha começado sua identificação como pessoa transexual já na idade adulta, em sua interação com Carlos o conselho de Gilda ("Não diga isso a eles" – notas de campo, 14 de abr. 2010) se metamorfoseia em uma narrativa na qual as brincadeiras inocentes de quando era criança são explicadas de forma a satisfazer a função diagnóstica da pergunta do médico: "Como é que você chegou à conclusão de que apresenta um transtorno de identidade de gênero?" (Carlos, excerto 1, linhas 82-84). Essa pergunta ecoa um dos critérios do DSM-IV no qual se considera que "deve haver evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto" (APA, 1994: 533) e, assim, partindo-se da pressuposição de que Vitória sofre de tal transtorno, estabelece-se a agenda para o restante da consulta.

Apesar de a pergunta de Carlos ser aberta e permitir toda sorte de resposta temporal, na interação médico/a-pessoa transexual, as evidências de TIG são comumente procuradas na infância, já que o próprio manual da APA dá centralidade a esse período de vida na etiologia do *transtorno*. Note que Vitória antecipa a pergunta do médico e a responde antes mesmo de ele terminar seu turno de

fala. Em sobreposição, afirma que "é desde os 7 anos de idade, eu criava muito, assim, na hora de se vesti" (Vitória, excerto 1, linhas 84-85). Vitória continua sua narrativa dizendo que a partir dos 12 anos de idade suas brincadeiras com roupas femininas se intensificaram. Carlos entende que foi nessa idade que ela começou a se vestir assim ao que Vitória responde negativamente de forma enfática e com repetições da informação que achava importante (excerto 1, linha 113).

Ademais, segundo o DSM-IV, "deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo atribuído" (APA, 1994: 533). Podemos vislumbrar a centralidade desse critério não só na interação entre Carlos e Vitória (excerto 1, linhas 226-235 e 243-254), mas também durante o café da manhã que tivemos duas semanas antes. Naquela ocasião, a iniciante no PAIST afirmou que não se importava com o pênis ou com suas esparsas ereções. Em sua consulta, momentos antes de o médico perguntar "com relação ao namoro, você tá usando, você usa o pênis?" (Carlos, excerto 1, linhas 229-230), Vitória havia contado sobre seu casamento e sobre suas filhas, o que indica que ela não necessariamente tinha o desconforto diagnóstico propalado pelo DSM.

Sequencialmente, o médico insere a pergunta sobre o uso do pênis em um contexto em que a usuária afirmava já tê-lo usado. Embora ela tivesse nos dito que seu pênis não a incomodava (pelo menos não com a intensidade descrita no DSM), em sua conversa com o médico o aviso de Rebeca sobre a relação de Vitória com sua genitália ("Acho melhor você não admitir isso para eles." – Rebeca, nota de campo, 14 abr. 2010) é metamorfoseado em uma resposta positiva ao turno do médico no qual ele, resumindo o que entendeu da narrativa de Vitória, faz a seguinte pergunta declarativa: "Você acha desagradável ter o pênis" (Carlos, excerto 1, linha 252).

Próximo ao fim da consulta, enquanto Carlos explica a sua interlocutora o funcionamento do programa, Vitória enfatiza que se tem mantido informada sobre o Processo Transexualizador, pois tem "lido muito também, ô, Carlos, eu leio muito pela internet, muita matéria" (Vitória, excerto 1, linhas 652-656). Esse é um elemento central do Processo.

De fato, os textos que o regem, direta ou indiretamente, estão presentes nas práticas de pessoas transexuais dentro dos programas. Bianca carregava cópias do DSM-IV impressas da internet e disfarçadas entre as páginas lustrosas de uma revista *Vogue*. Rebeca, com vistas a garantir seus direitos no programa, mantinha as resoluções dentro de sua bolsa e aconselhava Vitória a se informar. Vitória textualmente conta ao médico que tem lido muito sobre o Processo. Aída, em sua primeira consulta, levara consigo uma revista na qual

havia uma entrevista com um médico do PAIST para ser autografada, além de, à época, estar lendo o livro *Transexuais: perguntas e respostas*, de Gerald Ramsey (1998), discípulo de Robert Stoller que, como vimos no capítulo 1, foi uma figura central na definição do que a APA entende por TIG.

Não podemos assegurar que toda pessoa transexual tenha lido esses textos, todavia, de alguma forma, elas são por eles interpeladas, para usar o termo althusseriano, pois são tópicos frequentes em conversas nos corredores do hospital (e fora dele), o que evidencia a onipresença do modelo de *transexual verdadeiro* tanto dentro quanto fora do consultório e a intensa circulação dos signos de identidade que o dispositivo da transexualidade disponibiliza. Nesse sentido, vale ressaltar a opinião do coordenador do PAIST. Segundo Giovani, em entrevista comigo, "elas" (sic.) conhecem as resoluções:

> *Porque o atendimento passa pela resolução. Então, se ela não falar as coisas que estão na resolução é meio assim: o médico ou os profissionais que estão fazendo a atenção, eles não são vistos como aqueles que querem ajudar, como alguém que facilite. Eles estão sendo vistos como um empecilho para a transexual conseguir o que ela quer dentro do sistema. Então, ela já vem pra aprender ou mesmo aquela que não conhece o discurso, como as consultas são comuns, as perguntas às vezes são repetitivas, elas aprendem o que tem que ser respondido. Então, tipo assim: "Quando você tá namorando, você deixa seu parceiro tocar no seu pênis?". Ela responde "Ai, Deus me livre, jamais!", porque elas sabem que a aversão genital é importante pra caracterizar a cirurgia.* (entrevista com Giovani, 24 jun. 2010).

Essa declaração deixa entrever o fato de que a entrada em um programa de transgenitalização insere pessoas transexuais em uma trajetória de socialização (Wortham, 2006) caracterizada pela circulação do discurso biomédico, que em seus textos patologiza e, como consequência, homogeneíza essa experiência identitária, e pelas conexões intertextuais entre eventos comunicativos que carregam traços semióticos desse modelo metapragmático nas ações sociais desempenhadas por sujeitos transexuais e pela equipe multiprofissional desses programas.

O potencial identitário das entextualizações nessa trajetória pode ser percebido ao compararmos os diferentes signos de identidade utilizados por Vitória com suas interlocutoras na cena 1 e aqueles empregados por ela em sua interação com o médico. Ao ser inserida nessa trajetória, Vitória se engaja em entextualizações estratégicas (Mehan, 1996; Hersfeld, 1996) dos critérios diagnósticos patologizantes que em sua interpretação poderiam garantir sua

aceitação no PAIST. A usuária, contudo, se encontra em uma situação difícil já que sua estilística corporal e sua narrativa não se enquadram perfeitamente no *script* defendido pelo DSM para caracterizar o TIG. De fato, durante a consulta Carlos saiu do consultório e, ao falar com a psicóloga Inês, que atendida outra pessoa em sua sala e, portanto, gravava a consulta, comenta: "Pra mim ele parece mais um roqueiro do que uma trans. Tem voz grossa e tudo!" (Carlos, notas de campo, 5 maio 2010). Inês, que estava presente durante parte da consulta com Vitória, afirma: "É, ele fez o dever de casa direitinho, porque parece saber o que dizer. Pra mim, é travesti" (Inês, notas de campo, 5 maio 2010).

As entextualizações de determinados critérios diagnósticos visam à produção de uma transexualidade *à la* DSM; contudo, a performance de Vitória (ainda) não produz uma linearidade semiótica entre sua estilística corporal e os signos que povoam suas respostas às perguntas do médico, o que leva à sua classificação como travesti pela psicóloga. Em outras palavras, embora a usuária tenha feito uso de signos de identidade que indexicalizariam uma transexualidade *autêntica* para Carlos, o descompasso entre esses signos e suas estilizações corporais produziram um hiato classificatório que levou Carlos e Inês a enquadrar suas ações em outros modelos metapragmáticos: para Carlos, Vitória parecia um roqueiro; para Inês, uma travesti.

Wortham (2005, 2006) define trajetórias de socialização como uma série de eventos comunicativos através da qual os indivíduos são institucionalmente socializados em determinadas práticas e desenvolvem certas performances identitárias, adotando os recursos semióticos que constituem essas práticas. O autor argumenta, assim, que um indivíduo "não pode ser ou se tornar um sujeito em um único evento" (2006: 48) já que, ao contrário da tradição dos estudos da linguagem, que insiste em estudar encontros comunicativos de forma bem delimitada,

> A socialização acontece, e as identidades sociais emergem, através de uma multiplicidade de eventos que passam a pressupor uma identidade para um indivíduo. Uma "estrutura poética" de signos e eventos e segmentos [de interações] é estabelecida entre eventos comunicativos, à medida que signos e segmentos que se pressupõem mutuamente permitem que uma trajetória se forme através da qual o indivíduo é socializado e emerge como um tipo reconhecível de pessoa. (Wortham, 2005: 98)

Significativamente, os/as profissionais da saúde do programa percebem a centralidade dessa dinâmica de aprendizado durante o Processo, como indica a fala do coordenador Giovani. Esse era, de fato, um assunto frequente durante

o trabalho de campo. Giovani, Inês e (de forma menos intensa) Fernando continuamente afirmavam que a presença de um linguista aplicado no programa poderia ajudá-los a identificar o que, em termos êmicos, denominavam como "discurso padronizado", "*script*", o "livrinho que todas leem" e o "dever de casa" que faziam com afinco antes de suas consultas. Contudo, como a própria equipe multidisciplinar demonstrava, a identificação desse discurso padronizado – que Maryns (2006) chama de narrativa ensaiada – não necessitava da ajuda especializada de um profissional da linguagem em virtude de sua exuberância. Menos salientes são os mecanismos pelos quais pessoas transexuais (re)produzem o *script com* e *para* a equipe e, a partir dele, adotam determinados recursos semióticos nas ações sociais elaboradas em consultório.

Esse aprendizado se dá de forma sub-reptícia e pulverizada durante os vários anos de participação no programa e depende da materialização de determinadas reentextualizações do modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* que delimitam a semiose apropriada para ser categorizada/o como esse tipo reconhecível de sujeito. É sub-reptícia, pois acontece de forma assintomática: ainda que percebam que a partir de sua entrada no PAIST algumas pessoas transexuais vão gradualmente adaptando sua história de vida ao que acham que querem ouvir, os/as profissionais da saúde não são capazes de apontar quando e como tal *aprendizado* ocorre. É pulverizada porque não acontece de maneira geográfica e temporalmente circunscrita: muitos eventos comunicativos comparecem nesse processo. Giovani, em sua entrevista comigo, teoriza sobre o papel das consultas médicas em si nesse aprendizado. No entanto, esse processo ocorre também (e de forma muito significativa) fora do consultório, nos momentos em que pessoas transexuais iniciantes nos programas de transgenitalização conhecem outros/as participantes e são, em variados graus, interpelados/as pelos modelos de identidade que constituem o Processo.

As cenas etnográficas com Vitória nos mostram que nas interações que ocorrem dentro do Processo Transexualizador dois recursos semióticos são frequentemente utilizados, ligando assim eventos que acontecem temporal e geograficamente distantes, são eles: o par adjacente pergunta-resposta e narrativas. Discuto cada um a seguir, sublinhando seu potencial não só de conectar eventos comunicativos distintos, mas de contribuir no processo de solidificação local de uma narrativa de *transexual verdadeiro*.

O par adjacente pergunta-resposta

Durante o café da manhã descrito na cena 1, após um momento inicial de descrença na performance de transexualidade elaborada por Vitória, Rebeca e Gilda aconselharam a novata no PAIST sobre o funcionamento do programa e das consultas. Um dos focos desses conselhos girou em torno das perguntas que a equipe faria. Com efeito, as usuárias mais experientes reentextualizaram lá e então para a iniciante as perguntas que elas mesmas já haviam respondido repetidamente em seu tempo de permanência no PAIST: "Vão te perguntar desde quando você se entende assim.", "Perguntam coisas íntimas sobre sexo.", "Adoram perguntar se você tem ereção e se você usa aquilo lá." (Rebeca e Gilda, notas de campo, 14 abr. 2010). Em seguida, elas mesmas davam suas próprias respostas: "Eu digo que desde que me conheço por gente.", "Eu não consigo transar porque tenho vergonha daquilo.", "Deus me livre, aquilo não me serve pra nada.", respectivamente (Rebeca e Gilda, notas de campo, 14 abr. 2010).

Ao reentextualizar no encontro com Vitória suas interações passadas, Rebeca e Gilda inserem nosso café da manhã em uma corrente discursiva que se iniciou não se sabe quando e que não acabaria ali. A consulta que Vitória teve com Carlos é um dos nós dessa corrente que lhe dá continuidade: o que vemos nessa interação é a circulação dos recursos semióticos aos quais ela havia sido exposta durante a conversa com as usuárias mais antigas no PAIST e suas leituras na internet. Na consulta, Carlos, de fato, fez as perguntas sobre as quais Rebeca e Gilda avisaram (por exemplo, excerto 1, linhas 82-84, 111-112 e 229-230) e para as quais ofereceram as respostas que, no seu entendimento, seriam adequadas.

Nessas sequências de pergunta-resposta, Carlos e Vitória reatualizam os elementos da anamnese – O que você sente? Desde quando? –, característicos de uma clínica centrada em sintomas e sinais (Camargo Jr., 1997) e guiada pela objetividade e neutralidade do "olhar clínico", discutido por Foucault em *O Nascimento da Clínica* (2001a). Se, como o próprio DSM-IV indica, "não existe qualquer teste diagnóstico específico para o transtorno de identidade de gênero" (APA, 1994: 536) e se não há sinais no corpo para ajudar na identificação da "doença" – afinal estamos falando de um *transtorno mental* – o diagnóstico de TIG é, em grande parte, elaborado com base nessas sequências de perguntas e respostas. Aqui, o olhar clínico funciona em conjunto com o "ouvido clínico".

O papel de perguntas em contextos institucionais tem sido foco de pesquisas nos estudos da linguagem (Freed & Ehrlich, 2010). Tais investigações partem da premissa de que podemos entender alguns aspectos básicos de instituições e

a forma como elas se situam na e constroem a vida social ao identificar padrões de uso de perguntas que os/as participantes dessas instituições colocam uns/umas aos/às outros/as e as respostas que dão (Raymond, 2003, 2010; Ehrlich & Freed, 2010).

Em estudos pioneiros sobre interações em contextos institucionais, Drew e Heritage (1992), que se lançam ao desafio de identificar os elementos que conferem um caráter institucional à conversa, concluem que uma das características de interações institucionais envolve a pré-alocação de turnos de fala; em outras palavras, representantes institucionais são aqueles/as autorizados/as a iniciarem sequências de ações, o que, em grande medida, inclui o uso de perguntas. A interação entre Carlos e Vitória corrobora essa conclusão. O médico fez nove perguntas (excerto 1, linhas 82-84, 97-98, 111-112, 114, 226-230, 232, 243, 245-247, 252) a ela, que se limitou a respondê-las. Isso não quer dizer que os/as usuários/as da clínica não possam fazer perguntas. Muito pelo contrário. Os/as profissionais da saúde sempre se mostraram disponíveis para resolver quaisquer dúvidas, mas isso ocorre, em grande parte, quando as/os usuários/as são convidados/as a expressá-las. As ações de integrantes de instituições são, nesse sentido, constrangidas por esse tipo de pré-alocação de turno.

É um consenso na área o fato de que tanto a estrutura sintática da pergunta quanto sua posição sequencial delimitam o contexto da ação seguinte e, assim, contribuem na construção de relações intersubjetivas entre interagentes (Heritage, 2002, 2010; Raymond, 2003, 2010; Koshik, 2003, 2010; Speer, 2010). Defende-se também que embora a função comunicativa de perguntas seja geralmente associada a uma forma sintática e uma prosódia específicas (entonação ascendente no fim do turno), nem todos os turnos que "fazem questionamentos" seguem esse padrão. Por exemplo, quando Carlos diz "Você acha desagradável ter o pênis." (Carlos, excerto 1, linha 252), à primeira vista parece que este turno é uma declaração do seu entendimento sobre o que sua interlocutora vinha dizendo. De fato, o turno termina com entonação descendente, como se sinalizasse o fim da sequência (Koshik, 2010). Contudo, o contexto precedente (excerto 1, linhas 245-251) e a ação de Vitória após o turno da linha 252 mostram que o enunciado funciona nessa posição sequencial, nessa consulta e para essa usuária, como uma pergunta. Nesse sentido, tem-se argumentado que a organização de certos contextos institucionais com base em sequências de perguntas e respostas tem um papel importante para determinar o que conta como uma pergunta, independentemente de sua estrutura sintática e/ou prosódica.

Mais especificamente, no contexto da atenção à saúde, o papel de perguntas na administração de relações intersubjetivas entre profissionais e pacientes tem sido estudado por analistas da conversa (Heritage, 2002, 2010; Jeffrey & Heritage, 2006; Boyd & Heritage, 2006; Raymond, 2003, 2010; Ostermann & Ruy, 2012). Partindo do pressuposto de que perguntas não são formuladas de forma neutra e imparcial e entendendo o par adjacente pergunta-resposta como o eixo central sobre o qual a interação médico/a-paciente se dá, Heritage (2010), por exemplo, discute quatro dimensões das perguntas feitas por médicos/as e seus efeitos sobre a ação dos/as pacientes ao aventar respostas.

A primeira dimensão diz respeito à definição da agenda para a sequência pergunta-resposta e para o encontro como um todo. Segundo Heritage (2010: 44), "perguntas definem as agendas que englobam a ação requerida do/a respondente e o conteúdo/tópico para a qual a ação deve ser dirigida". É nessa perspectiva que Holmes e Chiles (2010) e Raymond (2010) entendem perguntas como dispositivos de controle; afinal, dentro das restrições impostas pelo contexto institucional e seus padrões de pré-alocação de turnos de fala, os/as representantes das instituições, com suas perguntas, podem ganhar controle sobre a introdução de tópicos e sobre as possíveis ações dos/as interlocutores/as. Assim, profissionais da saúde introduzem (e mudam de) tópicos e podem (re) formular os termos nos quais os problemas dos/as pacientes são descritos. Nesse sentido, "o controle interacional que acompanha as perguntas (...) parece crucial no cumprimento dos objetivos dos/as representantes das instituições: médicos/as solicitam informações da vida cotidiana dos/as pacientes que são, então, transformadas em categorias médicas relevantes" (Ehrlich & Freed, 2010: 8). Esse padrão de pré-alocação de turnos em instituições médicas indica que o campo semântico-pragmático da racionalidade biomédica prevalece sobre significados locais, *leigos*, da vida cotidiana dos/as pacientes (Mishler, 1984).

Na interação entre Carlos e Vitória, por exemplo, a pergunta "Como é que você chegou à conclusão de que você apresenta um transtorno de identidade de gênero?" (Carlos, excerto 1, linhas 82-84) tem pelo menos dois efeitos para o turno seguinte: o "como", que enquadra a questão, restringe a pragmática do campo de ação de Vitória, que em seu turno deverá responder com uma narrativa se ela quiser lançar uma resposta que se conforme ao tipo da pergunta (Raymond, 2003); e o uso do termo psiquiátrico (transtorno de identidade de gênero) limita o campo semântico da narrativa à racionalidade biomédica – o que a usuária disser será tomado (ou não) como sintoma da enfermidade que a levou a procurar o serviço. Analisar como perguntas definem as agendas de

ação e como pacientes respondem a elas em contextos clínicos nos auxilia a entender as dinâmicas de negociação sobre o que é relevante para a instituição e como agir de acordo com seus objetivos.

O par adjacente pergunta-resposta, nessa perspectiva, entextualiza a instituição localmente e a coloca em funcionamento na interação ao projetar enquadres nos quais as ações dos/as interagentes são constrangidas. Como colocam Tannen e Wallat (2002: 188), "a noção (...) de enquadre se refere à definição do que está acontecendo na interação, sem a qual nenhuma elocução (ou movimento ou gesto) poderia ser interpretada". Dessa forma, sempre recorremos à nossa interpretação do enquadre de determinada interação para que possamos dela participar efetiva e coerentemente (Ribeiro, 1994). Os enquadres de uma interação são constantemente negociados durante seu desenvolvimento sequencial turno-a-turno; o par-adjacente pergunta-resposta desempenha papel central nesse processo de negociação sobre o que acontece na interação e sobre as possíveis ações dos/as interagentes.

A segunda dimensão da ação de perguntar, de acordo com Heritage (2010: 47), inclui o fato de que "todas perguntas materializam pressuposições sobre o estado de coisas para o qual elas são dirigidas". De acordo com o autor, tais pressuposições estão usualmente associadas a valores culturais implícitos na interação, mas que, não obstante, orientam tanto a pergunta quanto sua resposta. Esses valores culturais apontam para âmbitos de significação que informam as ações locais dos/as interagentes; campos semântico-pragmáticos que (in)formam a sequência iniciada pela questão como modelos de identidade relacionados a gênero. Por exemplo, em pesquisa sobre discussão de estilos de vida com médicos/as da atenção primária à saúde na Finlândia, Sorjonen e colaboradores (2006) mostram que ao passo que a pacientes mulheres se faz a pergunta "Você bebe álcool?", aos homens finlandeses se pergunta "Quanto álcool você bebe?". Gênero e seus modelos de identidade que ditam como homens e mulheres devem agir estão presentes na forma diferenciada que essas perguntas são feitas.

A terceira dimensão da ação de perguntar, afirma Heritage (2010), envolve o grau de conhecimento que o/a entrevistador/a tem sobre o fato perguntado, o que o autor chama de posicionamento epistêmico. O nível de acesso epistêmico ao fato sobre o qual se pergunta pode ser indexicalizado pelo desenho da questão que estabelece a relação entre o conhecimento de quem pergunta e o de quem responde. Retomemos, por exemplo, o questionamento de Carlos sobre a relação de Vitória com seu genital (excerto 1, linha 252). Essa pergunta poderia ter sido desenhada (sintaxe e entonação) de três formas diferentes.

P.1) Pergunta fechada (entonação ascendente): Você acha desagradável ter o pênis?

P.2) Declaração + pergunta: Você acha desagradável ter o pênis, não acha?

P.3) Pergunta declarativa (entonação descendente): Você acha desagradável ter o pênis.

Cada uma dessas questões se refere à informação a que o/a interlocutor/a tem acesso epistêmico direto (Heritage & Raymond, 2005). Contudo, no que tange ao acesso do/a entrevistador/a à informação, o desenho da pergunta indexicaliza diferentes alinhamentos[44] quanto ao seu grau de conhecimento sobre o fato perguntado e em relação à/ao interlocutor/a. Heritage (2010) explica que P.1 indica que o/a questionador/a não tem conhecimento definitivo sobre a relação de Vitória com seu pênis, ou seja, quem pergunta sabe menos do que quem responde, e a resposta trará informação nova para a interação; P.2 está em uma posição intermediária na qual quem coloca a questão tem um palpite sobre a possibilidade de uma resposta, ou seja, o/a entrevistador/a suspeita que a informação na primeira parte da pergunta seja verdadeira e estabelece uma forte preferência por uma resposta que confirme a declaração; e P.3, por sua vez, instaura uma probabilidade mais forte de que Vitória de fato acha seu genital desagradável. Heritage (2010) afirma que este último formato de pergunta é usualmente utilizado quando o/a falante já foi comunicado/a sobre a informação contida na questão ou simplesmente já conhece o fato sobre o qual inquere e, assim, somente quer reconfirmá-lo ou lançar inferências, suposições ou algum tipo de palpite (Raymond, 2010) a serem negociados na interação.

A questão do posicionamento epistêmico e dos alinhamentos que ele projeta nos leva diretamente à quarta dimensão da ação de perguntar: o desenho do turno estabelece a organização de preferência por certas formas de resposta. Segundo Heritage (2010) e Boyd e Heritage (2006), a grande maioria das perguntas feitas por médicos/as são fechadas (sim/não), e o formato dessas perguntas favorece certo tipo de resposta para o que a pergunta levanta. Nesse sentido, Heritage (2010: 51) assevera que os desenhos dessas perguntas, listados a seguir, projetam a preferência por uma resposta positiva (marcados com uma → nos próximos excertos):

- Interrogativa direta

Excerto 2

```
62    Giovani:  e::: o::::- a parte do estrógeno.
63              (.)
64 →  Giovani:  >isso foi receitado pelo endocrinologista?<
65    Fiorela:  i::sso, tem uma equipe lá:: na::- no agá cê
66              de (XXXX) né
67    Giovani:  aham=
```

- Declaração + pergunta

Excerto 3

```
59    Giovani:  .hh cê tá consegui::ndo comprá >o remédio?<
60    Adir:     TÔ:: sim >tô sim< já comprei os dois, já
61              tomei os ↑dois,
62              (.)
63 →  Giovani:  mas tá tomando de três em três me[ses né?]
64    Adir:                                      [>de três em] três
65              meses< no(h)ven(hh)ta di::as @@@@@ .hh @@@
66              .hh @[@@@@@@@@]
```

- Pergunta declarativa

Excerto 4

```
92    Gabriela: tsc acho que ela ↑nem era operada essa época,
93              >a Luma< ah::::: cê é a ou(h)tra tran(hh)sex
94              aqui de XXXXX, >>falei ah<< mas eu não
95              ↑gostei que isso que aquilo,
96 →  Roberto:  você tem relaçõ::es hoje em dia.=
97    Gabriela: =↑tenho porque eu tenho um companheiro ↑certo, e
98              esse companheiro certo tem hora que:::: eu toco
99              no assunto >que nem eu vim pro (XX)< nós
100             brigamo muito, .hhh
```

- Interrogativa negativa

Excerto 5

```
182 → Carlos:   é::: >cê não precisa mais acompanhá< na:
183             na::::- com o doutor Fernando?
184   Geane:    preciso. tô vindo, ele e com a::- a Inês↓=
185   Carlos:   ah então você continua com a gente e com eles
```

Em contrapartida, os formatos a seguir favorecem respostas negativas:

- Declaração negativa

Excerto 6

```
220  Inês:      o SEU pênis↓
221             (0.9)
222  Verônica: se não me incomo::da?
223             (.)
224  Verônica: ↑n::ão:: até que não
225 →Inês:      cê não se incomoda com ele,
226  Verônica:  não:::
```

- Declaração negativa + pergunta

Excerto 7

```
26   Ismália:   i::sso, eu até disse pra ela que fazia ↑ma::l
27              >mas nada dela ouvi< .h aí eu desisti doutor. porque
28              ela vem aqui e ta:::l vo[cês vão-]
29   Giovani:                            [pode dei]xá vô falá com ela
30              (.)
31 → Giovani:   mas você não tá tomando hormônio certo?
32              (0.6)
33   Ismália:   .h nã:::o, tô esperando me darem aqui mas quando
```

- Interrogativa direta com itens de polaridade negativa

Excerto 8

```
93   Giovani: °uma bioquímica e o outro:: (XXXando), pede
94              um ultrassom de mama também que tá com a mama
95              bem (ondulada)°
96              (.)
97 → Giovani:   você nunca injetô nada no seu corpo Sônia?
98              (.)
99 → Giovani:   cê nunca injetô sili↑cone?
100  Sônia:     ↑não, nunca=
101  Giovani:   =nada disso? .hh é:::-
102  Sônia:     só tomava o hormônio mesmo=
```

Os desenhos de pergunta apresentados anteriormente além de estabelecer a orientação de quem questiona para respostas potenciais também, e de forma significativa, influenciam como quem responde pode confeccionar sua resposta.[45] Nesse sentido, claramente, perguntas funcionam como dispositivos de controle da ação do/a outro/a em seu turno de fala, impondo formas de lidar com a pergunta e consigo mesmo/a e, assim, inculcando certas técnicas de si que emergem cumulativamente em eventos discursivos entre os quais esses recursos semióticos circulam. Em outros termos, a combinação do posicionamento epistêmico do/a questionador/a e da organização de preferência nos oferecem a possibilidade de "entender as formas pelas quais instituições moldam a conduta e a vida dos indivíduos que delas participam" (Raymond, 2010: 87).

Em uma pesquisa sobre a significação de narrativas de abuso sexual infantil entre um conselheiro tutelar e crianças, Sell (2013), por exemplo, discute a forma como esse representante institucional se envolve ativamente na reconstrução da narrativa ao usar estratégias interacionais que contribuem para moldar as histórias que as crianças contam de forma a satisfazer as exigências legais impostas pelo judiciário para que providências sejam tomadas. Uma dessas estratégias é o uso de perguntas fechadas/polares (ou seja, projetam sim ou não como resposta), que, como vimos, exercem grande controle sobre as ações de quem responde, pois impõem certas interpretações sobre o fato que se inquere. Segundo a autora, o conselheiro tutelar, ao formular e reformular esse tipo de pergunta às crianças e nelas oferecer certos itens lexicais necessários para a reconstrução de uma narrativa reportável ao judiciário, a coconstrói, ajudando a moldar sua forma e conteúdo. Com essas perguntas – entre outras estratégias interacionais – o conselheiro impõe "roteiros de significação da experiência que acabam retirando da vítima qualquer possibilidade de agentividade ou empoderamento" (Sell, 2013: 19). Seguindo essa linha analítica, pode-se estudar a forma como as instituições se fazem e refazem nos microdetalhes de interações cotidianas. As perguntas, aqui, atuam na reatualização dos objetivos da instituição na interação, restringindo, assim, o campo de (subjetiv)ação dos indivíduos.

No que tange o Processo Transexualizador, a relação entre o par adjacente pergunta-resposta e a narrativização das vivências trans, como ilustra o caso de Vitória, se dá pelas sucessivas reentextualizações das perguntas feitas pela equipe multidisciplinar entre eventos comunicativos, tanto dentro quanto fora do consultório. Além de as perguntas em si, pelas quatro dimensões discutidas nesta seção, constrangerem as ações de respondentes localmente, seu

enquadramento na pressuposição do modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* potencializa a solidificação de uma narrativa que reatualize, nos signos de identidade utilizados, a racionalidade biomédica, eclipsando experiências identitárias que não se conformam a esse modelo. Como bem supõe Giovani em entrevista mencionada aqui, as perguntas são repetitivas e acabam por ajudar pessoas transexuais a aprenderem o *script* narrativo necessário para conseguirem o que precisam do SUS. Nesse sentido, a ação de perguntar é fulcral nessa trajetória de socialização uma vez que é na ação de responder que usuários/as podem garantir sua classificação como *transexuais verdadeiros* caso contem as narrativas forjadas nas engrenagens de saber/poder do dispositivo da transexualidade.

Performances narrativas

Pesquisadores/as filiados/as à antropologia linguística e cultural e à etnografia têm-se referido ao ato de contar histórias como uma performance (Bauman, 2004; Bauman & Briggs, 1990; Thornborrow & Coates, 2005); ou seja, consideram que narrar é, de fato, um ato de fala performativo, pois as narrativas "não somente conotam certos tipos de significados (...) mas também performam identidades e ensaiam, encenam e modificam as realidades e as normas sociais" (Threadgold, 2005: 265). Portanto, entender narrativas como performances implica considerar o caráter constitutivo da narrativa e como a realidade e as identidades são construídas pelo/no ato de narrar.

> A performance narrativa (...) se refere a um lugar de embates sobre identidades (...) e não aos atos de um *self* com uma essência fixa, estável e final que serve de origem (...). De perspectiva da performance e da performatividade, a análise da narrativa não é somente semântica (...) deve ser também pragmática: analisando os embates sobre significados e as condições e as consequências de contar uma determinada história de uma determinada forma. A performatividade contextualiza a narrativa nas políticas do discurso, ou seja, redes de relações de poder institucionalizadas, por exemplo, a medicina, a religião, o direito, a mídia, a família. A narrativa como uma performance situada é particularizada, corporificada e material. (Langellier, 2001: 151)

Ao contar histórias, agimos sobre o mundo e sobre nossos/as interlocutores/as e produzimos performativamente efeitos de identidades particulares. Nessa veia, considera-se que em narrativas orais pessoais narradores/as não só relatam os eventos de uma história (os eventos narrados), mas envolvem-se na performance de quem são ao contar sua narrativa (o evento narrativo)

(Bauman, 2004; Langelier, 2001; Coupland, Garret & Williams, 2005; Moita Lopes, 2009). Bauman (1986: 3) aponta que, como qualquer forma de atividade humana, a performance narrativa é situada, "sua forma, significado e funções estão enraizadas em cenas e eventos definidos culturalmente". Com isso, o antropólogo enfatiza que as performances narrativas não acontecem em um vácuo social. Ou seja, elas "são pelas audiências e não somente para as audiências" (Coupland, Garret & Williams, 2005: 69). Conforme Moita Lopes (2009: 135) ressalta, "no evento narrativo, os participantes (contadores e ouvintes) estão construindo a vida social e uns aos outros de modos específicos, (...) definidos pelo que os participantes decidem focalizar [na narrativa] (...) e pelo modo como os interlocutores [sic.] se relacionam com eles [e entre si] na performance". A partir dessa visada, podemos considerar que as narrativas são contextos discursivos e sociais pelos quais a transexualidade, também como performance, é coconstruída nos embates pelo significado entre contadores/as e ouvintes desenvolvidos nas trajetórias que constituem a história interacional biograficamente específica dos/as usuários/as.

Ao considerar narrativa como performance, enfatiza-se a interdependência tanto entre narrador/a e ouvintes quanto entre evento narrado e evento narrativo. Consoante Langellier (2001: 151), essa interdependência se refere "não somente ao narrador e ouvinte tomados de forma individual, mas também aos embates entre forças coletivas e institucionais do discurso". Em outras palavras, o evento narrativo (o ato de contar uma história) acontece localmente, mas está, em vários níveis, referenciado a uma história translocal que molda as relações entre narrador/a e ouvinte e determina o que pode/deve ser contado e a forma como a audiência desse evento avalia/julga o que foi contado. Nesse sentido, performances narrativas materializam, nas reentextualizações de determinados recursos semióticos que circulam entre encontros comunicativos, discursos relevantes ao desenvolvimento local do encontro. Em programas de transgenitalização como o PAIST, a compreensão de que as narrativas que nos constituem estão sempre referenciadas aos "embates entre forças coletivas e institucionais do discurso" e às correntes discursivas, aos gestos, ao corpo e aos comportamentos que as moldam – o que Coupland, Garret e Williams (2005) chamam de demandas narrativas – é um ponto nevrálgico para entender como a transexualidade é construída na racionalidade biomédica e como esta racionalidade restringe as performances (narrativas) de pessoas transexuais em consultas médicas.

Bauman e Briggs (1990) indicam que as performances narrativas são ações sociais que, em sua encenação, constroem as identidades de quem as conta e de quem as ouve e a cultura na qual são produzidas. Vejamos o excerto 9, no qual está transcrito novamente um trecho da interação entre Vitória e Carlos, que tem guiado as discussões deste capítulo.

Excerto 9

```
80  Carlos:  Vitória >me diz uma coisa<
81           (0.3)
82  Carlos:  °é:::° como é que você chegô a- a- a::::
83           <conclusão> que você::::: >apresenta< um
84           transtorno de::: [>identidade de gênero?<]
85  Vitória:                  [é:: desde os sete anos] de
86           i↑dade eu::: criava muito assim na hora de se
87           vesti, tinha umas camisetas que eu usava,
88           fazia feito um maiô↓ .hhh depois aos doze
89           anos de idade >eu comecei a me vesti< usava
90           as roupas da minha mãe::, prima:: né >não
91           tinha irmã<
92           (.)
93  Vitória: e:::::::::::- e sempre tive uma tendência::
94           a gostá de ↑tudo que era coisa de mulher né,
95           nas brincadeiras >eu não soltava pipa< não
96           jogava [↑bo::la]
97  Carlos:         [cê se] senti::a diferente dos outros
98           rapazes? [>dos outros garotos?<]
```

A pergunta que Carlos faz a Vitória sobre a maneira como ela chegou à conclusão de que apresentava o *transtorno* (excerto 1, linhas 80-84) serve de pista de contextualização[46] (Gumperz, 2002). Pressupondo um signo de identidade vinculado ao modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*, o médico, ao fazer a pergunta, contextualiza um novo enquadre (Goffman, 1974) para a interação, sinalizando à interlocutora que a partir daquele momento se iniciaria a elaboração do diagnóstico.

Na linha 80, Carlos introduz um prefácio à pergunta – "Vitória, me diz uma coisa" (médico, excerto 1, linha 80). O lapso de tempo que segue esse prefácio parece indicar que ele serviria como um turno preliminar (Schegloff, 1980) para o qual Carlos espera Vitória autorizar a produção da pergunta – padrão comum observado por Schegloff em seu estudo sobre turnos preliminares, isto é, que preparam o piso conversacional para uma ação específica. Apesar da

ausência dessa autorização, Carlos lança a pergunta que introduz um enquadre diagnóstico no qual ele vai verificar se sua interlocutora ostenta os signos de identidade que indexicalizariam, segundo o DSM, uma transexualidade *autêntica*. Vale lembrar que para o DSM, *transexuais verdadeiros* demonstram identificação com o gênero oposto ao que lhes foi atribuído desde a primeira infância. A pergunta das linhas 82-84 indexicaliza o início da elaboração do diagnóstico: "Como é que você chegou à conclusão de que você apresenta um transtorno de identidade de genêro?" (Carlos, excerto 9, linhas 82-84). Vitória aceita esse enquadre e se engaja no que estou chamando de performance narrativa. Nessa performance, a vemos satisfazer algumas das demandas para ser classificada nos moldes patologizantes do DSM.

Em sua narrativa, Vitória enfatiza a infância, período privilegiado no diagnóstico de TIG e, de forma implícita, deixa entrever o conselho de Rebeca sobre como responder essa pergunta: "eu digo que desde sempre". Na história que conta (excerto 9, linhas 85-96), a usuária fala das brincadeiras que fazia escondida com roupas de sua mãe e primas e com as improvisações de peças femininas feitas com outros itens de vestimenta (por exemplo, uma camiseta se transformava em um maiô) de forma a enfatizar que "sempre tive uma tendência a gostar de tudo que era coisa de mulher" (Vitória, excerto 9, linhas 93-94).

Se concordarmos com Bauman e Briggs (1990) sobre o fato de que em nossas performances narrativas construímos a nós mesmos e aos outros, o efeito pragmático dessa narrativa, então, envolve a produção de Vitória como uma portadora típica de TIG, que demonstra a presença do *transtorno* desde muito cedo, o que, ao fim e ao cabo, indica sua persistência – um dos critérios centrais para o diagnóstico. De fato, uma das demandas narrativas para a elaboração do diagnóstico é a interpretação de brincadeiras infantis como sintomas do transtorno.

À primeira vista, a estrutura formal dessa narrativa e dos turnos que preparam sua vinda não nos apresenta nada de analiticamente interessante, pois seguem os padrões já descritos na literatura especializada. No entanto, se levarmos em consideração que Vitória, como indicado na cena 1, havia afirmado que só começou a se identificar como pessoa transexual na idade adulta, temos nessa interação recontextualizações dos critérios diagnósticos e, de forma menos explícita, dos conselhos que Rebeca e Gilda ofereceram a ela durante nosso café da manhã. A repetição desses signos de identidade situa essa consulta em uma corrente de eventos comunicativos e molda a relação dos/as interlocutores/as translocalmente.

Nesse sentido, uma abordagem que aposta na semiose entre eventos comunicativos pode enriquecer nossa compreensão de narrativas como performances, pois não se focaliza somente o que acontece circunscritamente nas fronteiras da narrativa em um único evento. Sucessivas reentextualizações pressupondo ligações intertextuais entre encontros discursivos constituem a narrativa que Vitória conta ao médico e a inserem em uma história que molda sua forma e, sobretudo, seu conteúdo. A partir dessa visada, o engajamento em determinadas performances narrativas depende de uma história interacional que contribui na solidificação das histórias que são contadas e no seu enquadramento metapragmático em certos modelos de identidade. Seguindo a perspectiva de Wortham (2006), podemos dizer que nossas performances narrativas são o produto de trajetórias de socialização durante as quais aprendemos a contar determinadas histórias e, com elas, a sermos performativamente reconhecidos/as como certos tipos de sujeitos.

Nas trajetórias de socialização durante as quais performances narrativas são forjadas e determinados tipos de sujeitos emergem localmente, os processos de entextualização, descontextualização e recontextualização podem ser operacionalizados por meio de detalhes narrativos, discurso reportado, paralelismos, apelos à audiência, itens paralinguísticos, gestos (Langellier, 2001; Bauman, 1986) e outros mecanismos da sistemática de troca de turnos (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). No capítulo 5, utilizo essas ferramentas para analisar as narrativas contadas por pessoas transexuais à equipe do PAIST. Como veremos, tais narrativas são o resultado de certas trajetórias de eventos comunicativos que cumulativa e performativamente produzem determinados sentidos sobre o que é um *transexual verdadeiro.* Em tais trajetórias, como veremos no capítulo 4, se dá a materialização de modelos metapragmáticos de identidade (moldados pela biomedicina e pela matriz de inteligibilidade de gênero) a partir de sequências de pergunta-resposta que desencadeiam as dinâmicas microinteracionais de (des)aprendizagem identitária que constituem o Processo Transexualizador.

4

A Produção Interacional de *Transexuais Verdadeiros*: o Processo Transexualizador como trajetória de socialização

Substituí-te sempre a ti próprio.
Tu não és bastante para ti.
Fernando Pessoa

Afinal, sob quais condições alguns indivíduos adquirem um rosto legível e visível e outros não? Há uma linguagem que enquadra o encontro, e embutido nessa linguagem está um conjunto de normas referentes ao que constituirá e não constituirá a reconhecibilidade.
Judith Butler

Acompanhamos, no capítulo anterior, a história de Vitória e o início de suas experiências no PAIST. Por meio do estudo da semiose entre dois encontros comunicativos (ou seja, o café da manhã comigo, Rebeca e Gilda e sua consulta com Carlos), percebemos que os entendimentos locais e particulares de Vitória sobre sua transexualidade, quando de sua entrada no PAIST, começaram a interagir com o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*. Assim, podemos afirmar que, para pessoas transexuais que (ainda) não produzem uma linearidade entre sua estilística corporal, narrativas e os recursos semióticos disponibilizados pelo dispositivo da transexualidade, o Processo Transexualizador emerge do descompasso entre certos modelos de identidade: os patologizantes, que são materializados em texto no DSM, no CID e nas resoluções do CFM e portarias do MS; e os modelos mais locais, que apontam para a fragmentação e contingência dessa experiência identitária, muito frequentemente contradizendo a norma psiquiátrica.

Tanto pessoas transexuais quanto profissionais da saúde precisam, como indicam as cenas etnográficas do capítulo precedente, minimizar reentextualizações que possam contradizer as resoluções do CFM e portarias do MS

para, assim, satisfazer os objetivos programáticos impostos ao Processo Transexualizador. Diante desse contexto, discuto neste capítulo os microdetalhes interacionais pelos quais a narrativa de *transexual verdadeiro* é paulatinamente construída em correntes discursivas desenvolvidas com a equipe de profissionais do programa.

No que tange aos recursos semióticos disponibilizados pelo dispositivo da transexualidade, embora, segundo Deleuze (1990), as linhas que constituem os dispositivos se emaranhem, tornando difícil sua delimitação, na discussão encaminhada no capítulo 1 salientei os saberes que estabeleceram suas linhas de enunciação e visibilidade. Tais saberes definem padrões institucionais de textualidade que regem práticas de atenção à saúde trans-específica com base em uma narrativa patologizada e patologizante, restringindo as vivências trans à racionalidade biomédica e à matriz de inteligibilidade de gênero. A solidificação desses saberes em protocolos diagnósticos delimita o que pode ser dito e como dizer e ouvir; suas sucessivas reentexualizações acabaram por reanimar determinados regimes de verdades e disponibilizar recursos semióticos, impondo certas demandas narrativas (Coupland, Garret & Williams, 2005) para a identificação de *transexuais verdadeiros* dentro de uma norma psiquiátrica. Como vimos, contudo, com o movimento internacional pela despatologização trans, essa narrativa universalizante tem sido desafiada em favor da "circulação de narrativas transexuais que tornem possíveis outras experiências da transexualidade" (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo, 2009), o que provocaria uma mudança no papel avaliativo das equipes médicas em direção à autonomia e agência dos/as usuários/as.

Com efeito, assim como alguns/mas usuários/as do PAIST, a equipe também é, em certo grau, afetada pela circulação de discursos não patologizantes. Em entrevistas não estruturadas comigo, os/as profissionais do PAIST afirmam não considerar a transexualidade como uma enfermidade mental. Segundo o urologista Giovani,

> *isso é um absurdo assim, são as incoerências que acontecem, mas como qualquer coisa, à medida que vai evoluindo, vai melhorando, então a transexualidade não pode ser considerada doença dentro de um CID, por exemplo.* (entrevista com Giovani, 24 jun. 2010)

A psicóloga Inês, por sua vez, explica:

> *Olha só, se eu te disser que eu tenho uma opinião fechada sobre isso, eu não tenho. Eu não tenho experiência vasta, é mínima a minha experiência em consultório. Aliás, antes de vir pra cá eu não tinha experiência disso,*

> *fui aprendendo aqui e quanto mais se convive com elas, mais você vê que não é um transtorno. Você não entende muito bem como funciona, mas que não é [um transtorno]. É tão natural o que elas falam e como elas falam que se tem que aceitar, entendeu? Aceitar não seria a palavra, né? Achar isso normal.* (entrevista com Inês, 18 ago. 2010)

Fernando, o psiquiatra, relata que

> *Essa compreensão de ter o corpo de um jeito, a alma de outro jeito digamos assim, né, isso é uma coisa que realmente me surpreendeu bastante. Agora, embora conste no CID-10 como doença, eu não considero doença nesse sentido, não. Qual o sentido que eu tô usando? Doença no sentido de sofrimento, doença no sentido de alguma coisa ruim que entra dentro da gente e nos prejudica. Na verdade, o que acontece com eles é o contrário, né? Eu não considero que seja doença não, nesse sentido de sofrimento. Agora oficialmente é, né, está lá no CID-10.* (entrevista com Fernando, 5 jul. 2010)

Essas falas sublinham a relação contraditória que a equipe do PAIST mantém com o modelo metapragmático de identidade que rege suas ações sociais no programa. Embora nessas entrevistas a equipe do PAIST indique não considerar a transexualidade como um transtorno psiquiátrico, suas funções institucionais e de cuidado à saúde são constrangidas pelas normativas do CFM e do MS.

Assim, para que uma pessoa transexual se submeta, caso deseje, às cirurgias de transgenitalização é necessário que produza, durante a fase de acompanhamento terapêutico do Processo, uma linearidade entre as ações desenvolvidas localmente com a equipe do programa e os recursos semiótico-identitários disponibilizados para esse contexto pelas racionalidades que sustentam o modelo de *transexual verdadeiro*. A produção dessa linearidade é um trabalho narrativo árduo e contínuo que se espalha por todo o Processo, constituindo, assim, uma trajetória de socialização (ou, como as análises a seguir indicam, de desidentificação) durante a qual usuários/as aprendem a mobilizar um conjunto de técnicas de si (Foucault, 2003) para que possam criar uma aparente coerência entre o que se mostra e diz para a equipe e o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*.

Nesse contexto, o foco analítico deste capítulo recai nas consultas com a equipe de saúde mental (Fernando, o psiquiatra; e Inês, a psicóloga), pois é desses profissionais, segundo a portaria do MS, a responsabilidade de averiguar se os/as usuários/as satisfazem os critérios diagnósticos para TIG. Com efeito, a exigência do CFM[47] para que a equipe de profissionais dos programas de

transgenitalização elabore um laudo psiquiátrico é solidificada nas interações no PAIST em forma de uma estrutura discursiva (Kendall, 2008) global de diagnóstico: deve-se avaliar a adequação semiótica das ações do indivíduo que requer as cirurgias aos protocolos avaliativos propostos pela APA através da aferição dos sinais e sintomas.

Essa estrutura é, em grande medida, estabelecida pelas sequências de pergunta-resposta lançadas pela equipe multidisciplinar. Os/As profissionais da saúde mental, responsáveis pela emissão do laudo após validação da equipe como um todo, servem, assim, como uma das principais chancelas – *gatekeepers*, nos termos de Speer e Parsons (2006) – para a legitimação da identidade de gênero que pessoas transexuais reivindicam ter.[48] É principalmente deles/as o poder de legitimar institucionalmente ou não as performances identitárias dos/as usuários/as. Portanto, entender linguagem e identidade como efeito de sentidos translocais performados localmente implica o transbordamento dos limites interacionais de um encontro comunicativo: a interação profissional de saúde-pessoa transexual extrapola as fronteiras geográficas e temporais imediatas à interação, pois está referenciada, em todos os níveis, ao dispositivo da transexualidade e aos textos que regulam o Processo e oferecem suas condições de possibilidade.

Nesse contexto, apresento o contraponto entre as experiências de Kátia, uma usuária antiga do PAIST, com as de Estela e Verônica, duas iniciantes no programa que não produziam, à época do trabalho de campo, estilizações corporais e narrativas de acordo com o modelo de *transexual verdadeiro* que regimenta as práticas de saúde trans-específicas no SUS.

Kátia: uma mulher transexual "pra ninguém botar defeito"

O excerto 10, que reproduz parte (e, portanto, novamente recontextualiza) da sétima consulta de Kátia com Fernando em 12 de janeiro de 2010, ilustra a estrutura discursiva global de diagnóstico projetada pelo psiquiatra em sua tentativa de elaborar "o diagnóstico de transgenitalismo" (CFM, 2010). Quando do início da consulta, o psiquiatra analisa o cartão de atendimento da usuária e conclui que ela está prestes a completar dois anos de participação no PAIST. Impõe-se aí a necessidade de se cumprir as exigências periciais para liberação do diagnóstico.

Excerto 10

48 Fernando: °Cubatira né°, Kátia e >como é que< foi o
49 início assim- diss- dessa percepção sua (.)
50 >que você< não estava satisfeita com seu
51 sexo, °como é° que foi isso?
52 (1.2)
53 Kátia: foi muito difícil porque::: começô dentro
54 de casa ainda, (1.3) e pro meu pa::i- (0.5)
55 pra minha família< no geral acho que é
56 muito difícil, (0.3) pra mim já era
57 imagina pros outros ao redor, (.) então
58 eu tive que saí de casa muito cedo >da
59 casa< dos meus pais °né°,=
60 Fernando: =cê tava com que [idade,
61 Kátia: [eu tava com uns treze
62 pra catorze anos no máximo (.) >porque<
63 já ha↑via uma diferença muito grande NÍtida,
64 (.) da pessoa olhá e vê:- amigos do meu pai
65 >por exemplo< chegá e dizê↓ (.) que filha
66 bonita que o senhor tem e era ↑eu,que na- na
67 cabeça do meu pai tinha que sê um homem
68 então- (.) entende? então↓>pra mim era
69 muito< complicado, me olhá no espe:lho, me-
70 olhá pros meus irmãos- tenho irmão mais
71 velho, mais novo (0.5) irmãs↓ (.) e:::
72 >entre aspas< tudo dentro da normalidade,
73 [né] e eu me sentia o rato do=
74 Fernando: [hum]
75 Kátia: = laborató(hh)ri(h)o(hh) @@@@ .h[hhhh
[...]
85 Fernando: =>você se< vestia como menino.=
86 Kátia: =não::>eu me vestia< como menina e apanhava
87 muito pra[i:sso.
88 Fernando: [ah >você já se vestia< como
89 menina [já- já- até] então, (.) já apanhava=
90 Kátia: [>como menina<]
91 Fernando: =é=
92 Kátia: =bastante,=
93 Fernando: =do seu pai e da sua mãe?=
94 Kátia: =só do meu pai,=

95 Fernando: =>como é que< era vestia como menina? >que
96 cê fazia,=
97 Kátia: =eu pegava roupa >das minhas irmãs< da minha
98 ↑mãe, (1.2) era o que eu- eu me senti:a ↑bem
99 ali com aquela roupa,=
100 Fernando: =botava sapato de- feminino também,[né (XXX)
101 Kátia: [se: não
102 tivesse sapato feminino eu ficava só de
103 chinelo (0.4) aí- eu achava- e era o que eu
104 tinha na minha cabeça na época,chinelo era
105 pra home e mulher então tava >tudo bem<,(.)
106 mas nunca quis colocá- meu pai comprava-
107 >tinha aquelas-< umas botinhas pra menino
108 né, >a gente morava em roça< (.) usava-se
109 botina, bota pra homem (0.3) e::: pra mim
110 era muito difícil,
[...]
132 Fernando: mas Kátia o que que você achava que tava
133 acontecendo com você, (0.3) você percebia
134 que:[::]
135 Kátia: [na] época eu não tinha muito
136 entendimento (.) >isso é óbvio< assim como
137 eu tenho hoje em dia, ↑hoje eu sei (.) que
138 tem uma certa diferença hormonal:: e tudo
139 ma:is o organismo nu nu não condiz com o que
140 era pra sê masculino ao °extremo° (0.4)
141 entende? (.)eu gostaria muito de tê nascido-
142 >desde aquela época eu eu eu< pensava comigo
143 mesma e- quando eu me olhava no espelho,
144 depois de alguma vezes que eu apanhava do
145 meu pai eu pensava por que que acontecia
146 aquilo comigo,>só que eu não sabia< lógico,
147 (0.3) ago:ra↓ depois de uma certa idade que
148 eu tive contato com outras pessoas, com
149 pessoas que já estudavam,(.)ahm:: de posto
150 de saú::de entende, através de patrões que
151 eu tive que se preocupavam, >que olhavam<
152 pra mim e diziam isso nu nu nu não pode sê:
153 >entre aspas< vô colocá de novo, não pode sê
154 normal, (.) porque a gente olha e vê que é

uma coisa que nas↑ceu: né, principalmente em
cidade do interior tem essa coisa de ah virô
isso, virô aquilo,né >ninguém vira nada<<eu
acho> (0.4)então assim, num tive essa fase
de- de vivê como um gay:, me escondê como-
como um homossexual >até uma certa idade<
depois↑ me travesti, (.) eu- eu eu não gosto
nem de usá a palavra travesti (.) entende?
>travesti é um< HOME que se traveste,
qualquer pessoa de repente pode- uma mulher
pode se travesti de- pra homem, um homem pode
se travesti pra uma mulher mas você vai olhá
e você vai vê que é (.) um travesti, agora a
pessoa vivê com seios, certos ah: problemas
entre aspas na na tua cabeça em- em enquanto

[...]

Fernando: [você chegô a pensar] em su[icídio]
Kátia: [já:::]=
Fernando: =mas por que suicidar?=
Kátia: =porque há muitos anos atrás doutor Fernando,
quando:::- >eu acho que< não só no meu caso,
(0.3) prova disso que muitas (0.4)
transexuais que a gente nem:: é- em Cubatira
teve algumas que eu nem cheguei a conhecê e
tudo porque::- geralmente a transexual ela
qué= >ela qué< se escondê, (0.3) ela não
qué aparecê, (.) ce tá entendendo? (0.3) o
transexual não serve pra fazer ↑show (.) em
boate, não serve pra:: (.) ficá na esquina
>na maioria das vezes< se prostituindo,
sempre procura um meio de- não perai eu sô
igual a todo mundo, eu preciso mostrá isso
>de uma forma ou de outra<, quieta, sem::
(0.3) sabe, é: é:: é muito complicado,
porque na cabeça- ainda hoje em dia
principalmente em nosso país na cabeça da
maioria das pessoas (.) os seres humanos é
>tudo igual<, (1.7) muitas vezes- eu já tive
vezes de ouvi de uma pessoa >ah não< ela é

```
217             gay .hhh @@@ (0.6) até [aí tudo bem ma-]
218  Fernando:                          [você não aceita i]sso
219             você não se considera [gay, (XXXX)]
220  Kátia:                           [não é uma questão de
221             aceitá, >eu não me considero< gay, eu me
222             considero: (.)um transexual mas heterossexual
```

Nesta consulta, quando o acompanhamento psiquiátrico de Kátia com Fernando estava perto de completar dois anos, o médico pede a ela que (re)conte sua história de vida com vistas a permitir a liberação do laudo que lhe seria dado em seu próximo encontro caso reentextualizasse a narrativa de *transexual verdadeiro*, não deixando dúvidas sobre a identidade que afirmava ter. Assim, essa consulta segue uma estrutura global de diagnóstico que replica os elementos biomédicos da anamnese, de uma clínica guiada pela aferição de sinais e sintomas referenciados em *gestalts* diagnósticas (Camargo Jr., 1997). A necessidade de averiguar a possibilidade de liberação do laudo impele o psiquiatra a procurar por tais sinais e sintomas.

Essa estrutura discursiva de diagnóstico emerge das sequências de pergunta-resposta negociadas entre Fernando e Kátia. O excerto 10 ilustra o início da sequência diagnóstica – antes disso psiquiatra e usuária discutiam questões da vida cotidiana de Kátia como, por exemplo, o lugar onde ela morava e como fazia para chegar ao hospital já que sua casa era bastante distante. A mudança de enquadre (Goffman, 1974) se dá quando o psiquiatra repete o lugar de origem de Kátia (excerto 10, linha 48) para confirmação e ao selecionar a usuária por seu nome contextualiza a entrada da ação de diagnosticá-la. No excerto 10, Fernando lança dez perguntas que intertextualmente vinculam esta consulta aos critérios diagnósticos propalados pelo DSM:

1 – "Kátia, e como é que foi o início assim... dessa percepção sua, de que você não estava satisfeita com seu sexo, como é que foi isso?" (linhas 48-51)

2 – "Você estava com que idade?" (linha 60)

3 – "Você se vestia como menino?" (linha 85)

4 – "Como é que era vestir como menina? Que você fazia?" (linha 95)

5 – "Do seu pai e da sua mãe?" (linha 93)

6 – "Botava sapato de... feminino também, né?" (linha 100)

7 – "Mas, Kátia, o que que você achava que estava acontecendo com você, você percebia que..." (linhas 132-134)

8 – "Você chegou a pensar em suicídio?" (linhas 194)

9 – “Mas por que suicidar?” (linha 196)

10 – “Você não aceita isso, você não se considera gay?” (linha 218-219)

Tais perguntas estabelecem a agenda do encontro, limitando o campo de ação da usuária ao pressupor o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*. De fato, algumas delas são paráfrases dos textos do DSM e da resolução do CFM. Comparemos a seguir as perguntas do psiquiatra com trechos de tais documentos:

• “Como é que era se vestir como menina?”
(Fernando, excerto 10, linha 95)

> DSM-IV: Eles podem manifestar uma preferência por *vestir-se com roupas de meninas ou mulheres* ou improvisar esses itens a partir de materiais disponíveis, quando os artigos genuínos não estão à disposição. (APA, 1994: 533)

• “Você chegou a pensar em suicídio?”
(Fernando, excerto 10, linha 194)

> DSM-IV: Tentativas de suicídio e transtornos relacionados a substâncias estão habitualmente associados. (APA, 1994: 535)

> CFM: o paciente transexual [é] *portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual*, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio. (CFM, 2010)

Para todas essas perguntas, Kátia oferece respostas que confirmam seu pertencimento a esse modelo: a usuária iniciou sua identificação com o gênero “oposto” desde muito cedo, demonstra convicção de que deveria vestir roupas femininas, afirma ter pensado em suicídio, não se identifica como homossexual e deixa claro que também não é travesti.

A pergunta feita nas linhas 48-51 toma como pressuposto que Kátia nunca esteve feliz com seu genital e, ao replicar o critério diagnóstico central para TIG no DSM-IV, constrange tanto a forma quanto o conteúdo das respostas da usuária. Kátia, de fato, já havia contado sua história de vida repetidas vezes ao psiquiatra. Momentos antes de sua consulta, enquanto aguardávamos a chegada de Fernando na sala de espera do ambulatório, ela conversava com Dulce e contava que estava prestes a completar dois anos no PAIST e só aguardava a liberação do laudo para poder entrar na fila para a cirurgia. Kátia dizia que estava cansada de ter que ir ao hospital tantas vezes e contar as mesmas histórias para tantos médicos: “a cirurgia pode demorar, mas pelo menos quando tiver

o laudo, posso ficar esperando em casa e não ter que vir aqui para repetir o que eles já sabem" (Kátia, notas de campo, 12 jan. 2010).

Dulce, por sua vez, dizia que procuraria a direção do hospital para reclamar do tempo que o programa tomava de sua vida: "vir aqui de mês em mês pra dizer sempre o mesmo cansa. Eu trabalho e sempre que venho perco o dia, gasto passagem, fico sem almoçar pra economizar. Vou dizer pra ele [o diretor do hospital] que só o doutor Giovani faz alguma coisa por nós porque ele pelo menos se preocupa com nossa saúde, com os hormônios e não fica nesse blá-blá-blá" (Dulce, notas de campo, 12 jan. 2010). Em seu comentário, Dulce deixa entrever que, para ela, a função da psiquiatria e o "blá-blá-blá" que a movimenta não é a oferta de cuidado, mas sim o provimento de evidências de que se é um *transexual verdadeiro*. Para esta usuária somente o "doutor Giovani faz alguma coisa para nós", ou seja, é ele que faz o acompanhamento do quadro de saúde, passa medicamentos, exames, hormônios etc.

Com as perguntas feitas pelo psiquiatra e a organização da interação dentro do quadro diagnóstico do DSM que elas impõem a esse encontro comunicativo, vemos Fernando satisfazer sua função institucional com a colaboração de Kátia. Em termos foucaultianos, não há conflito entre os sistemas de conhecimento técnico da medicina e os que Kátia traz para essa consulta: com efeito, ela opera suas ações interacionais dentro das agendas de (subjetiv)ação impostas pelas perguntas de Fernando, e suas respostas reentextualizam para/com o psiquiatra os critérios diagnósticos de TIG. Assim, há convergência entre o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* que guia as perguntas de Fernando e as performances narrativas da usuária, pois Kátia retroativamente interpreta episódios de sua vida sob a luz da classificação psiquiátrica.

Após os cumprimentos, o psiquiatra inicia as perguntas diagnósticas: "Como é que foi o início assim, dessa percepção sua, que você não estava satisfeita com seu sexo?" (Fernando, excerto 10, linhas 48-51). Lembremos que no DSM-IV, seguindo Stoller, a infância tem um papel central na identificação de *transexuais verdadeiros*. Pode-se considerar, então, que a pergunta de Fernando condensa localmente esse discurso sobre a infância de pessoas transexuais e cria a expectativa para uma reflexão sobre esse período da vida. Kátia retoma experiências de sua adolescência (linhas 53-73), quando teve que sair de casa por não suportar mais a falta de aceitação em seu entorno. Essa exclusão é, de fato, um dos elementos listados no DSM-IV na seção "Características e transtornos associados", em que, como vimos anteriormente, os problemas sociais enfrentados por indivíduos transexuais são atribuídos ao *transtorno* e não à

sedimentação social de discursos que compõem a matriz de inteligibilidade de gênero e instauram práticas transfóbicas.

Novamente, aparece outro critério do DSM-IV quando o psiquiatra faz uma pergunta que diz respeito à preferência, desde de criança, por usar roupas do gênero de identificação (excerto 10, linha 85). Kátia satisfaz esse critério diagnóstico: "não, eu me vestia como menina e apanhava muito pra isso" (excerto 10, linhas 86-87). Deparando-se com uma resposta negativa, o psiquiatra averigua o investimento da criança Kátia nessa atividade: embora seu pai a castigasse, ela insistia em usar roupas de menina. Reentextualizando as teorias psicanalíticas de Stoller, o psiquiatra inquere sobre a participação da mãe nesses castigos; no caso de Kátia, somente o pai parecia tomar alguma atitude contrária mais drástica.

Após a verificação da adequação de Kátia nesses critérios, Fernando pergunta sobre como ela entende seus sentimentos de inadequação (linhas 132-134). Embora não soubesse explicá-los à época, Kátia hoje entende que sua questão envolve "uma certa diferença hormonal e tudo mais, o organismo não condiz com o que era pra ser masculino ao extremo" (Kátia, excerto 10, linhas 138-140), performativamente ecoando a posição de Benjamin (1999) sobre a gênese da transexualidade.

Embora haja uma quebra abrupta do turno, pode-se seguramente afirmar que a frase "eu gostaria muito de ter nascido..." (Kátia, excerto 10, linha 141) seria completada com o termo menina; ou seja, mais uma vez, ainda que implicitamente, Kátia reentextualiza o modelo de *transexual verdadeiro*, segundo o qual crianças com TIG tendem a expressar o desejo de ter nascido com o sexo oposto. Com isso em pano de fundo, Kátia se lança ao desafio de delimitar fronteiras entre diferentes práticas identitárias (linhas 142 e 169). As categorias "gay" e "travesti" povoam seu turno sempre em contraste com a forma como a usuária se vê: nunca pensou que fosse gay, nem acha adequado o uso do termo travesti para explicar sua situação, pois "travesti é um homem que se traveste" (Kátia, excerto 10, linha 163). Como Kátia não se vê como homem, não poderia estar simplesmente se travestindo.

Diante das dificuldades enfrentadas pela usuária em sua performance narrativa (linhas 142 e 169), Fernando quis saber se ela "chegou a pensar em suicídio (Fernando, excerto 10, linha 194)". Essa questão é constante em discussões sobre a transexualidade: Benjamin (1999) afirmava a frequência com que as pessoas transexuais com quem interagia relatavam desejos suicidas; Stoller (1982) igualmente defende a saliência do autoextermínio na definição

de transexualidade o que é repetido no DSM-IV e na resolução n. 1.955/2010. A pergunta desenvolvida pelo psiquiatra no turno da linha 194, assim, claramente reentextualiza tal estereótipo sobre sujeitos transexuais e, intertextualmente, fornece à Kátia, uma usuária já experiente no PAIST, a resposta apropriada. Se em seus turnos anteriores Kátia reentextualizou interacionalmente os critérios que definem o *transexual verdadeiro*, aqui não foi diferente: a usuária, dando ênfase com alongamento de som, responde afirmativamente à questão do psiquiatra (Kátia, excerto 10, linha 195). Note que ela não precisa esperar o psiquiatra completar seu turno, produzindo sua resposta em sobreposição de fala, o que é indício de que ela pôde prever o fim do turno de Fernando, antecipando a resposta. A experiência de dois anos de Kátia no PAIST possibilita que ela antecipe a ação do psiquiatra e tome o turno antes mesmo que ele termine seu enunciado; afinal, essa pergunta já lhe fora feita muitas outras vezes no programa. Essa antecipação, claro, pode também ter sido ajudada pela percepção de Kátia da primeira sílaba da palavra suicídio: a sobreposição tem início somente na segunda sílaba da palavra (excerto 10, linhas 194-195). Fernando, então, volta à questão da identidade sexual de Kátia, indagando se ela não se entende como *gay*, ao que Kátia responde: "eu me considero um transexual, mas heterossexual" (Kátia, excerto 10, linha 222).

Em sua interação com o psiquiatra, Kátia produz o que chamo de consonância transmodal: em suas performances narrativas, ela recontextualiza os critérios diagnósticos do DSM-IV, utilizando os recursos semióticos que esse texto disponibiliza e enfatizando-os em suas respostas que são desenhadas em conformidade aos diferentes desenhos das perguntas (Raymond, 2003); e exibe convergência entre esses recursos e sua estilística corporal – Kátia já vivia com roupas de mulher, se hormonizava há anos, tinha formas corporais convencionalmente femininas, satisfazendo, assim, pelo menos para Fernando, o teste de vida real plenamente. Essa consonância transmodal (corpo e linguagem) coloca diversos canais semióticos em uma relação retilínea, inserindo Kátia (para/com Fernando) nos discursos que entendem a transexualidade como um distúrbio psiquiátrico materializados no DSM-IV.

Meses mais tarde, em 11 de maio de 2010, Kátia teve sua última consulta com Fernando. Diferentemente do encontro transcrito no excerto 10, nessa consulta o psiquiatra não fez nenhuma das perguntas diagnósticas anteriormente discutidas. Após os cumprimentos e uma rápida conversa sobre o companheiro da usuária, o psiquiatra pede o cartão e, ao verificar que ela completara dois anos no PAIST naquele mês, afirma que está na hora de liberar o laudo e autorizar a cirurgia:

Excerto 11

29 Fernando: >e você Kátia< como é que você está?
30 (.)
31 Kátia: eu tô assim na expectati::va né,
32 Fernando: você::::- >cadê seu cartãozinho< deixa
33 eu vê o seu cartão,
34 (0.6)
35 Fernando: você já tá há uns dois anos comigo,
36 >não tá não<=
37 Kátia: =ah:: já tem os dois anos
38 (.)
39 Kátia: fez dois anos né,
40 Fernando: ↑ah é::,=
41 Kátia: =°uhum°=
42 Fernando: =↑então vamos dá::- (.) se tivé tudo
43 bem autorizá a cirurgia né=
44 Kátia: =uhum
45 (1.5) ((procurando o cartão))
46 Kátia: aqui, tá um pouquinho amassa::do né,
47 ESSE ro:::sa é o primeiro né,=
48 Fernando: =>depois você tira uma< uma outra via
49 Kátia: tá↓
50 (2.3) ((Fernando lendo o cartão))
51 Fernando: ó aqui- (XXXX) onde é a data de início
52 (1.6)
53 Fernando: ↑ó:: maio >de dois mil e oito<
54 exatamente, dois anos
55 Kátia: é
56 (.)
57 Fernando: então↓
58 (0.4)
59 Fernando: E AÍ TÁ pronta pra cirurgia?=
60 Kátia: =tô pronta,
61 Fernando: [[e se na ho-]
62 Kátia: [[é o que eu] mais quero=
63 Fernando: =e se na hora agá cê dissé que não qué
64 fazê >como é que vai sê<=
65 Kátia: =não::: quero sim,
66 (.)
67 Kátia: que::ro, é TUdo [que eu-]

Como vemos, Fernando e Kátia reatualizam o padrão de pré-alocação de turnos em conversa institucional: o psiquiatra é quem faz perguntas e inicia as sequências de ação; a usuária, por sua vez, limita-se a desenvolver suas ações dentro das agendas estabelecidas pelos turnos do médico. Essas agendas giram em torno de três temas: a convicção para se submeter às cirurgias (mostrado no excerto 11), a relação de Kátia com seu companheiro e o estado emocional da usuária (omitidos no excerto 11). A única pergunta de caráter diagnóstico lançada por Fernando se encontra nas linhas 59 e 63-64, nas quais o psiquiatra averigua a certeza de Kátia em realizar a cirurgia. A pergunta "e se na hora agá você disser que não quer fazer, como é que vai ser?" (Fernando, excerto 11, linhas 63-64) se configura como uma questão hipotética, tal qual as investigadas por Speer (2010) e discutidas no capítulo anterior. Contudo, diferentemente da pesquisa de Speer, na qual esse tipo de pergunta era geralmente lançado pelo psiquiatra em contextos nos quais ele desconfiava da performance de transexualidade de suas interlocutoras e tentava desafiar sua certeza em ser uma pessoa transexual, aqui Fernando não se demonstra cético quanto à identidade que Kátia afirma ter e que legitima seu uso dos serviços do PAIST. Muito pelo contrário: ao verificar que ela já completara dois anos de atendimento, o psiquiatra afirma que já está na hora de autorizar a cirurgia "se estiver tudo bem" (Fernando, excerto 11, linhas 42-43) e se preocupa mais centralmente em verificar o estado emocional da usuária (que se dizia feliz) e seus planos para o futuro. No fim da consulta, Fernando leva Kátia à mesa de sua secretária e solicita a impressão do laudo (Anexo B).[49]

O laudo reentextualiza não só o DSM, mas, quase literalmente, replica o texto das resoluções do CFM. A liberação do laudo é a confirmação de que Kátia de fato reatualizou durante os dois anos de atendimento o modelo meta-pragmático de *transexual verdadeiro* em suas narrativas e estilizações corporais e, assim, merece ter as cirurgias subsidiadas pelo SUS. Após entregar o documento à Kátia e se despedir dela, Fernando volta à sala onde eu me preparava para sair, pois a consulta seguinte não dizia respeito ao PAIST. Enquanto eu pegava o gravador que se encontrava sobre sua mesa, Fernando, rindo, afirmou: "viu, Rodrigo, essa é uma transexual pra ninguém botar defeito. Acho que é a mais feminina que eu atendo aqui. Se ela não fosse casada, eu me candidataria" (notas de campo, 11 maio 2010).

Estela: a "bicha afeminada"

A situação de Estela é bastante diferente. À época do trabalho de campo, ela era uma das usuárias mais jovens do PAIST. Acabara de terminar o ensino médio e estava, na data das consultas aqui analisadas (30 e 31 de março de 2010), tentando decidir que profissão escolher. Estava no PAIST há um ano, mas suas consultas na psiquiatria iniciaram tardiamente: em março de 2010 teve sua segunda consulta. Diferentemente de Kátia, Estela, embora se autodefinisse como uma pessoa transexual, ainda não apresentava uma estilística corporal estereotipicamente feminina. Decidira não tomar hormônios automedicados e aguardava que Giovani prescrevesse a hormonoterapia para enfim adotar uma performance feminina. Assim, quando de seu segundo encontro com Fernando, Estela se apresentou vestindo roupas que chamava de unissex: calça larga verde-musgo, camiseta preta larga e tênis de corrida. Também não deixara os cabelos crescer, pois temia represálias na escola. Embora Estela não usasse roupas ou adornos convencionalmente femininos, sua gesticulação e voz, em minha interpretação, não eram marcadamente diferentes daquelas culturalmente associadas às mulheres.

Estela, assim, produzia em seu corpo uma dissonância transmodal: embora se dissesse uma mulher transexual, seu corpo e suas performances narrativas, para Fernando, como veremos, contradiziam sua autoidentificação. Os embates entre diferentes modelos metapragmáticos de identidade são na consulta de Estela com Fernando feitos explícitos: o psiquiatra funciona na racionalidade biomédica e reatualiza a matriz de inteligibilidade de gênero, e a usuária se engaja em seus entendimentos particulares sobre sua transexualidade.

As funções dos/as profissionais da saúde propaladas pelo 6º *Standards of Care* da World Professional Association for Transgender Health impõem uma estrutura discursiva (Kendall, 2008) bastante complexa às interações psiquiatra-pessoa transexual. Em sua grande maioria propostos por Fernando (quem, assim, tem o controle sobre as reentextualizações possíveis), os enquadres de sua consulta com Estela parecem ser tributários dessas funções. A solidificação local de suas funções institucionais se dá nas agendas que os turnos de Fernando estabelecem para as ações semióticas de sua interlocutora (Heritage, 2010) e nas pressuposições que guiam tais turnos. Essas pressuposições são intertextualmente ligadas aos critérios diagnósticos de TIG e reentextualizadas nessa consulta na forma de desafios à apresentação corporal e comportamental

de Estela. A seguir apresento excertos de transcrições da consulta do dia 30 de março que exemplificam algumas de suas funções institucionais materializadas pelos tipos de perguntas lançados. Vejamos:

- Verificação administrativa

Excerto 12

```
4    Fernando:  me dê seu cartãozinho↓
5    Estela:    ã:[:::]
6  → Fernando:    [quan]do ↑é que cê teve aqui a última vez?
7    Estela:    fo::i <ano pas↑sa::do> =
8    Fernando:  =é:::
9    Estela:    seria pra sê ago::ra dia nove do- do- do mês
10              passado >só que eu perdi a hora< cheguei o
11              senhor já tinha ido embora,
```

- Acompanhamento da hormonoterapia

Excerto 13

```
74   Estela:    [já mostrei] pra psicó::loga >ela já-< °(só
75              um dia faltando)°
76 → Fernando:  e você por sua conta >também nunca tomô
77              hormônio?<
78   Estela:    oi?=
79 → Fernando:  =você por sua conta mesmo [>nunca tomô-<]
80   Estela:                              [nu:::nca tome]i
81              hormônio, não↓
82   Fernando:  faz muito bem↓ não tem ↑nada que >tomá
83              hormônio<
84             (.)
85   Fernando:  tem que sê com a orientação aqui:: agora do-
86              do::- >da urologia<=
87   Estela:    =sim:::=
88   Fernando:  =tá bem?
89              (0.4)
```

- Elaboração de diagnóstico

Excerto 14

```
90 → Fernando:  mas como é que cê tá::: <emocionalmente,
91              psicologicamente> [>>como vão] as coisa?<<
92   Estela:                      [ã:::::]
```

93 (1.7)
94 Estela: sei lá, <es(h)tressa(hh)da? ansi(hh)osa?>
95 → Fernando: por que estressada?
96 Estela: ã:::::::m
97 (2.1)
98 Estela: °hum:::°
99 (1.1)
100 → Fernando: que que cê chama de <estressada>?
101 (0.6)
102 Estela: a↑i por↑que eu- eu ainda não con↑segui o que
103 eu ↑que::ro HH[hhhh]
104 Fernando [cê qué] o quê? >a cirurgia?<
105 (.)
106 Fernando: [mas você] sa::be que tem um pra:::zo, você=
107 Estela: [humpf sei-]
108 Fernando: =sa[be disso né,]
109 Estela: [↑não::: não é] i::s[so↓ ai não sei:: HHh]
110 Fernando: [tem que sê obedecido]
111 esse prazo né,
112 (0.3)
113 Estela: não, se↑i:: >alguma coisa precisa mudá< Hh
114 Fernando: di↑fícil né=
115 Estela: =é::hh::

- Avaliação da aparência

Excerto 15

360 → Fernando: mas por ↑que que você atualmente já não
361 adota >uma aparên[cia feminina<?]
362 Estela: [porque eu só ↑que]ro::
363 começá com [hormônio pra tê mais segu↑rança]
364 Fernando: [maior parte das pessoas que vem]
365 a↑qui::: >todos eles já ↑tem uma apa↑rência
366 femi↑nina< com cabelos compri:::dos↓
367 (0.3)
368 Fernando: tem- às ve- tem- usa:: p- prótese >ou se não
369 tem prótese< enchime:::nto,
370 (.)
371 Fernando: tem um- um- um- je::ito feminino mas com a-
372 >com aparência feminina< cê ta com um jeito
373 feminino >com aparência< mascuLINA evidente

```
374             que >todo mundo vai achá que você é ↑bicha<
375             no mínimo vão achá que você é bicha. gue::i,
376             bicha, vea::do essas [coi]sas desse tipo né
377   Estela:                        [sei]
378             (0.4)
```

- Verificação da convicção para realizar as cirurgias

Excerto 16

```
557 → Fernando:  bom o importante é o seguinte cê continua
558              fi:::rme na idé:[:ia] de mudá de se:::xo=
559   Estela:                   [sim]
560 → Fernando:  =não tá <repensando> isso não::
561              (0.4)
562   Estela:    [↑não::] >por exemplo< como eu tenho medo=
563   Fernando:  [agora-]
564   Estela:    =de agulha e sangue, cirurgia >de hospital<
565              eu ↑olho assim >como é que vô tê co↑ragem
566              de tirá ↑isso?< NÃO:: porque não me agrada
567              o- o pinto [n-]
568   Fernando:             [é] o pinto >↑vai saí né<
569   Estela:    ã::?=
570   Fernando:  =o pinto vai saí:: né, os tes↑tículos vão
571              saí né CLARO senão como é que vai- >cê vai
572              virá mulher?<
573   Estela:    não, tô falando ago::ra eu não gosto de tê
574              um=
575   Fernando:  =é eu sei mas por isso que tem a cirurgia
576              >não é?<
577              (0.7)
578   Estela:    HHHhh
```

Cada uma dessas perguntas (marcadas com uma → nos excertos 12 a 16) pode ser considerada como reentextualizações locais dos saberes/poderes que sustentam o dispositivo da transexualidade e sua norma psiquiátrica e, dessa forma, com cada uma, Fernando assume uma posição discursiva (Kendall, 2008) diferente *vis-à-vis* suas tarefas institucionais. Destarte, por materializarem as quatro dimensões da ação de perguntar discutidas no capítulo anterior (Heritage, 2010), perguntas funcionam como índices de determinadas identidades institucionais. Essa indexicalização se dá pela emergência local de posições discursivas, entextualizando a instituição *in situ* por sua vinculação à história

translocal que sedimenta sua semântica e os efeitos pragmáticos esperados. Consoante Kendall (2008: 548),

> posições [discursivas] são caracterizadas, primeiro, pelas funções que o/a falante desempenha na fala (...) delineadas por atos de fala (Austin, 1962). (...) Segundo, essas posições são caracterizadas por registros linguísticos baseados em parte nos atos de fala e na maneira que esses atos são linguisticamente realizados. (...) Terceiro, as posições são diferenciadas pelos *footings* em termos de (i) estrutura de participação (interlocutores ratificados e não ratificados), (ii) capacidades sociais nas quais o/a falante atua, (iii) alinhamento que um/a participante constrói entre o eu e o outro (...).

Com isso em perspectiva, vemos Fernando atuando como um burocrata (excerto 12); como um endocrinologista e como um professor na laminação dessa estrutura discursiva ao ensinar a forma como Estela deve se comportar com relação à utilização de hormônios com base nas práticas estabelecidas no PAIST (excerto 13) etc. Aqui, o foco das análises recai nas funções de elaboração de diagnóstico e seu desdobramento na função de avaliação da aparência. Esse recorte analítico se dá em razão das diferenças entre a consulta com Kátia – uma mulher transexual "pra ninguém botar defeito" – e a com Estela: com a primeira, mais experiente no programa, Fernando não se demonstra cético quanto a sua performance de transexualidade e, de fato, não impõe obstáculos para a liberação do laudo; com Estela, ao contrário, o psiquiatra desafia constantemente a performance identitária e narrativa de sua interlocutora e a categoriza em outros modelos metapragmáticos de identidade que contradizem sua autoidentificação. Esses desafios terão consequências materiais para a performance corporal e narrativa de Estela na consulta que teve no dia seguinte com a equipe cirúrgica, como veremos mais adiante.

Os conflitos entre os modelos metapragmáticos de identidade nos quais o psiquiatra e a usuária do serviço operam ganham visibilidade quando Fernando propõe perguntas de aferição diagnóstica de TIG. Aí, vemos o psiquiatra atuando como um juiz/crítico da performance identitária atual de Estela, que, por sua vez, elabora um alinhamento (Goffman, 1974) de narradora no qual conta histórias que parecem ter como objetivo convencer o médico de que o fato de ela ainda não se vestir com roupas femininas e não usar maquiagem não significa que ela se veja (e que outros/as a vejam) como homossexual.

No excerto 17, temos a primeira sequência diagnóstica proposta por Fernando. Tal sequência é construída com base em uma crítica que o psiquiatra faz à aparência de Estela, que havia ido ao consultório vestindo roupas, na interpretação do psiquiatra, convencionalmente masculinas. Vemos, então, a matriz de inteligibilidade de gênero que sustenta o DSM funcionando *a todo vapor*, por assim dizer. O psiquiatra repetidamente indaga o porquê de Estela ainda não se vestir com roupas de mulher, afirmando que ela "tem um jeito feminino, mas com aparência masculina" (Fernando, excerto 15, linhas 371-372), o que faz com que ela pareça mais um homossexual afeminado do que uma mulher transexual.

Estela explica que não usa roupas femininas porque está esperando os efeitos da hormonoterapia para se sentir mais confortável; ela está claramente nervosa e tenta convencer o psiquiatra de que satisfaz os quesitos para receber o diagnóstico de *transexual verdadeiro*. O fato de Estela se identificar como mulher transexual, mas ainda não ter elaborado uma estilística corporal com base nos estereótipos de gênero desestabiliza o que Fernando (e o DSM-IV) entende(m) por *transexual verdadeiro* e, com isso, o psiquiatra tenta imputar uma identidade de homossexual à Estela, o que impediria a autorização das cirurgias. Diferentemente de pessoas transexuais há mais tempo inscritas na trajetória de socialização que movimenta o PAIST, Estela não consegue entextualizar o modelo metapragmático eficazmente; ela demonstra ter acesso restrito a ele por (ainda) não conseguir transpô-lo para sua interação com Fernando no dia 30 de março de 2010.

Excerto 17

285 Estela: não::: o::: sabia sim, >pode falá< desculpa
286 (0.3)
287 Fernando: Estela <você tá muito feminina demais viu>
288 >com essa aparência masculina< cria uma
289 situação difícil, as pessoas ficam meio
290 <espan↑tadas com você>=
291 Estela: =>muito femi↑nina?<
292 Fernando: ↑tá>tá muito femi↑nina< a sua gesticulação↓
293 [você tá-]
294 Estela: [no::ssa] mas eu nunca tomei hormônio,
295 Fernando: mas cê- ↑não:: não é- não é na aparência
296 [física]
297 Estela: [não sim↓] entendi, entendi=
298 Fernando: na gesticulação, >maneira de falá< (XXX) eu

```
299             posso até usá uma palavra vulgar >posso
300             usá?<=
301  Estela:    =po::de,
302  Fernando:  tá mu- cê ta muito <aveadado> demais,
303  Estela:    HHHh °@[@@°]
304  Fernando:          [daí] as pessoas olham você::>acham
305             que vo[cê é ve↑ado<]
306  Estela:           [não:::: escu]ta=
307  Fernando:  =bi::cha, vea::do ete[cetera né]
308  Estela:                         [sim:: sim] sim=
309  Fernando:  =tá muito a- cheio de coisa assim, de
310             trejeitos, muito
311             (.)
```

O turno do psiquiatra que tem início na linha 287 reentextualiza o "critério A" do DSM-IV – "deve haver evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste no desejo de ser, ou na insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto" (APA, 1994). Poderíamos fazer uma paráfrase do turno: você diz ser uma pessoa transexual, mas sua aparência masculina não é evidência de uma forte e persistente identificação com o feminino. Ao solidificar na ação social local um elemento central do dispositivo da transexualidade, o turno introduz, assim, uma estrutura discursiva de avaliação diagnóstica. No entanto, sua posição sequencial causa um desalinhamento comunicativo (Matoesian & Coldren Jr., 2002) entre interlocutor e interlocutora. Em um primeiro momento, Estela parece não entender a função do turno pedindo que ela seja explicitada (excerto 17, linha 291).

Essa disfluência comunicacional emerge do fato de o turno de Fernando poder servir como uma cristalização de discursos divergentes. Isto é, esse turno pode ser entendido como uma atribuição de aparência (Speer & Green, 2007) ou uma censura/crítica (Pomerantz, 1984). Speer e Green (2007) chamam de atribuição de aparência os comentários feitos por médicos/as e/ou pessoas transexuais sobre sua aparência física e habilidade de "passar" por mulher ou homem. Essas atribuições têm papel avaliativo positivo e são normalmente feitas por sujeitos transexuais usando termos subjetivos como adorável e bonito/a. Menos frequentes são as atribuições feitas por psiquiatras que, segundo Speer e Green, somente as fazem de forma "objetiva" como uma afirmação clínica sobre a aparência da/o *paciente*: "Você parece uma/um mulher/homem". Em outras palavras, uma atribuição de aparência feita por um psiquiatra é um atestado de que a pessoa transexual satisfaz os protocolos diagnósticos. Nesse

contexto, uma atribuição de aparência torna relevante como resposta preferida uma concordância atenuada do indivíduo transexual sobre a avaliação médica. Em contrapartida, uma censura ou crítica torna relevante como resposta preferida uma recusa e como resposta despreferida uma não resposta ou admissão (Pomerantz, 1984).[50]

Não sabendo como responder ao turno, Estela pede que sua função seja explicitada ("muito feminina?" – excerto 17, linha 291). Fernando retoma a palavra e repete o que havia sido feito em seu turno anterior; essa repetição reentextualiza a função diagnóstica do psiquiatra proposta na linha 287, mas ainda não ratificada por Estela. No entanto, a modulação entonacional produzida por Fernando no curso de seu turno (excerto 17, linha 292), ou seja, uma entonação decrescente e em som mais grave, serve de pista de contextualização (Gumperz, 2002) para Estela, que recebe essa modulação como indicativa de um lugar relevante para transição de turnos (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974) e, na linha 294, em sobreposição de fala, demonstra seu entendimento do turno da linha 287. Ao produzir "nossa, mas eu nunca tomei hormônio" (excerto 17, linha 294), Estela sinaliza que entendeu o turno como uma atribuição de aparência e produz uma concordância que também sinaliza a compreensão de uma avaliação positiva de sua performance identitária: ter uma aparência feminina apesar de não tomar hormônios seria a confirmação de que satisfaz os critérios diagnósticos naturalmente, sem nenhuma intervenção química exterior. Estela, então, engaja-se (excerto 17, linha 294) em uma posição discursiva diferente da que o turno de Fernando propunha, operando em um enquadre de autoelogio e impede, assim, a reentextualização do modelo de *transexual verdadeiro* nessa sequência.

Defrontando-se com a não ratificação de sua posição discursiva de diagnóstico e com a possibilidade de emergência de uma nova estrutura discursiva na qual Estela estaria em uma situação positiva com relação ao modelo metapragmático que guia o cuidado à saúde no Processo, o psiquiatra desqualifica (excerto 17, linhas 295-296) o entendimento da usuária sobre o que está acontecendo nesta interação. O início do turno do psiquiatra parece indicar que ele continuaria a agir em sua função diagnóstica, utilizando o marcador discursivo "mas" como ligação para o que havia sido dito no turno das linhas 292-293, quando foi interrompido por Estela. Embora não tenhamos pistas interacionais sobre isso, é possível que no turno da linha 295 fosse feita uma retomada da repetição iniciada nas linhas 292 e sua continuação fosse: "mas você tem uma aparência masculina". O psiquiatra, contudo, aborta essa possível repetição e

explicita a função inicial de sua crítica ("não é na aparência física" – Fernando, excerto 17, linha 295-296) esclarecendo, finalmente, a posição discursiva que ele tentava propor desde a linha 287. Estela, então, percebe que o que Fernando estava tentando fazer (desde o turno que teve início na linha 287) era elaborar uma crítica a sua performance identitária. Com "Não, sim, entendi, entendi." (Estela, excerto 17, linha 297), ela ratifica (temporariamente) a função diagnóstica de Fernando, e o psiquiatra consolida sua posição discursiva como juiz/avaliador identitário e como detentor do controle de possíveis entextualizações de certos modelos de identidade nessa consulta.

Em entrevista não estruturada comigo, Fernando afirma não considerar a transexualidade um transtorno mental e acredita que os protocolos defendidos pelo DSM-IV encontram seus limites diagnósticos quando defrontados com a variedade de possibilidades de "ser transexual" que se vê em consultório. Paradoxalmente, no entanto, o psiquiatra enfatiza que sua função no PAIST é "puramente pericial". Satisfazendo as exigências do CFM e do MS, o psiquiatra coloca em funcionamento determinados saberes sobre a transexualidade em sua interação com Estela, que contradizem a postura despatologizante assumida por ele em entrevista comigo. O acesso diferenciado ao modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*, aos sistemas de conhecimento construídos e repetidos nele e aos recursos semiótico-identitários por ele disponibilizados dificulta a relação entre profissionais da saúde e pessoas transexuais iniciantes no PAIST e, sobretudo, ameaça o desenvolvimento de práticas de cuidado à saúde.

Nas linhas 298-300, Fernando repete sua crítica pela terceira vez e pede autorização de Estela para avaliá-la com "uma palavra vulgar" (Fernando, excerto 17, linha 299). A usuária o autoriza, e o psiquiatra faz uso de uma crítica na qual avalia negativamente a performance identitária de Estela (excerto 17, linha 302). A crítica elaborada por Fernando toma uma estrutura semelhante às formulações extremas estudadas por Pomerantz (1986) em contextos de disputa/conflito nos quais um/a falante qualifica uma ação/atributo de seu/sua interlocutor/a de forma exagerada a ponto de beirar uma inverdade. Dadas as diferenças de contexto e uso entre as formulações extremas estudadas por Pomerantz e a crítica negativa feita pelo psiquiatra, a estrutura usada por Fernando é significativa aqui: "você está muito aveadado demais" (Fernando, excerto 17, linha 302).

No caso em tela, o médico faz uso de um atributo que deslegitima a performance de mulher transexual elaborada por Estela ("aveadado", linha 302) e qualifica essa categoria de forma extrema ao utilizar os advérbios "muito"

e "demais", respectivamente pré- e pós-posicionados. Interessantemente, essa estrutura de turno já havia sido utilizada antes, quando o psiquiatra critica Estela por ela estar "muito feminina demais" (Fernando, excerto 17, linha 287). As ligações indexicais que a categoria aveadado trazem para a consulta têm consequências interacionais e identitárias. No nível interacional, essa categoria será retomada repetidas vezes pelo psiquiatra em suas funções de elaboração do diagnóstico, avaliação da aparência e verificação da convicção em fazer as cirurgias como desafios à performance identitária da usuária. Esses desafios projetam um modelo de identidade ao qual Estela diz não pertencer. No nível identitário, essa categoria desqualifica a performance de mulher transexual elaborada por Estela, pois, ecoando o DSM-IV, performativamente a exclui dos parâmetros definidores de TIG. Para o psiquiatra, a sobreposição de "maneirismos" que ele entende como femininos com formas corporais e roupas convencionalmente masculinas não é um *sintoma* desse distúrbio mental e, como o próprio médico explica mais adiante na interação, aponta para outros modelos de identidade não legitimados pelo CFM e pelo MS para o Processo Transexualizador. Estela estaria parecendo um homossexual, uma "bicha", nos termos do psiquiatra (excerto17, linha 307).

A qualificação "aveadado" (linhas 302 e 305) e o uso das categorias "bicha" e "veado" (linha 307) na crítica à aparência de Estela elaborada por Fernando impõem pelo menos dois problemas interacionais para a usuária: ou ela interpreta essas categorias como ofensas homofóbicas ou como atribuição de identidades. Ambas alternativas impõem um fardo interacional de difícil resolução. Por um lado, se tomadas em seu valor conotacional *in situ* na consulta, essas categorias podem ser entendidas como ofensas; Fernando estaria, então, replicando itens de discursos homofóbicos, e Estela teria duas possibilidades de ação: defender-se da ofensa ou acatá-la. Por outro, se recebidas como uma atribuição de identidade, Estela, para receber o *diagnóstico* de TIG, deve delas se desvencilhar e provar ao psiquiatra que ela não se identifica com tais categorias e, igualmente, que não é vista por outros/as como homossexual em suas performances cotidianas.

Esta segunda interpretação só pode ser realizada se entendermos que a relação entre signo de identidade e modelos metapragmáticos não é direta e unívoca (Wortham, 2006), mas, sim, construída em e por múltiplos processos de significação (Agha, 2007). Esses processos estão fora da interação local, mas, não obstante, (in)formam seu uso aqui e agora. Nesse contexto, as categorias "bicha" e "veado" funcionam como contraponto para a identidade que Estela

confere a si mesma e para a classificação diagnóstica de *transexual verdadeiro*; a utilização dessas categorias pelo psiquiatra reentextualiza o DSM-IV, e elas passam a significar não somente "homossexual", mas, sobretudo, "não transexual" e, performativamente, "não apto/a a se submeter às cirurgias", o que estaria coerente com a posição discursiva de elaboração do diagnóstico estabelecida por Fernando a essa altura da consulta.

Como, então, Estela negocia o uso dessas categorias? Ela interrompe o turno de Fernando com "não, escuta" (excerto 17, linha 306). Embora o médico tenha percebido esta interrupção e abortado sua fala (linha 305), ele não espera que ela tome o turno e, em fala contígua, termina na linha 307 o que havia iniciado na linha 304. Contudo, o que Estela estava fazendo com seu turno da linha 306? Como, afinal, ela recebeu as categorias "bicha" e "veado" que desautorizariam sua alocação no modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*? Para receber o diagnóstico, era preciso que Estela se desvencilhasse dessas categorias. Vejamos o excerto 18, retirado da mesma consulta do dia 30 de março, que nos fornece subsídios para responder essas indagações.

Excerto 18

316 Estela: escuta:: é::[::] >eu faço teatro< aí uma=
317 Fernando: [ahã:]
318 Estela: =garota que eu- eu conheci::: aí- é:::- ela-
319 >gostô de ↑mim< não::::>como amigo<=
320 Fernando: =°sei°=
321 Estela: =aí:: é::: ah tá eu tinha ido pro en↑saio,
322 fiquei um tempão sem i aí depois é::>eu
323 tinha ido pro ensaio e eu a-< e eu a
324 encontrei:: aí ela pegô e falô <no:::ssa eu
325 te adorei:: você é assim assado> e etecetera
326 eu contei pra minha mãe como você é:: aí
327 ela pegô >falô assim< vo↑cê é ↑guei:: não
328 ↑é:::? .hh aí eu não queria mais falá da
329 minha história falei ↑é digamos que ↑sim aí
330 tá com o passar o tem:::po:: ↑e::la::- >ela
331 falô assim< ei posso te chamá de ela? >não
332 con↑sigo te vê como ele< você pra mim- você
333 parece aquelas pessoas que mudam de ↑sexo,
334 .hhhh sem eu nunca tê falado o que eu era
335 pra ela↓
336 (0.3)

337 Estela: e::: >aquilo [me agradô<]
338 Fernando: [porque cê] tá com essa
339 apa↑rência mesmo, cê tá dando- .hh mostrando
340 às pessoas >como se fosse um homossexual↓<=
[...]
346 Fernando: talvez você queira sê homossexual [e::] não=
347 Estela: [não]
348 Fernando: =transexual,
349 (0.3)
350 Fernando: >são coisas diferentes< cê ↑sabe disso não
351 sabe?=
352 Estela: =sei claro=
353 Fernando: =en↑tão? será que cê não qué sê homossexual?=
354 Estela: =não:::: °eu não gosto do meu pê[nis°]
355 Fernando: [gos]tá de
356 homem mas sem deixá de sê homem?=
357 Estela: =↑não::: eu n- e- <pre↑ciso> tê apa↑rência
358 feminina,
359 (0.6)
360 Fernando: mas por ↑que que você atualmente já não
361 adota >uma aparên[cia feminina<?]
362 Estela: [porque eu só ↑que]ro::
363 começá com [hormônio pra tê mais segu↑rança]
364 Fernando: [maior parte das pessoas que vem]
365 a↑qui::: >todos eles já ↑tem uma apa↑rência
366 femi↑nina< com cabelos compri:::dos↓
367 (0.3)
368 Fernando: tem- às ve- tem- usa:: p- prótese >ou se não
369 tem prótese< enchime:::nto,
370 (.)
371 Fernando: tem um- um- um- je::ito feminino mas com a-
372 >com aparência feminina< cê tá com um jeito
373 feminino >com aparência< mascuLINA evidente
374 que >todo mundo vai achá que você é ↑bicha<
375 no mínimo vão achá que você é bicha. gue::i,
376 bicha, vea::do essas [coi]sas desse tipo né
377 Estela: [sei]
378 (0.4)
379 Fernando: e aí? <como é que fica?>
380 (0.7)

```
381  Estela:    i::sso tem que mudá,
382             (0.3)
383  Fernando:  mas não é >só com a cirurgia não< cê tem que
384             [mudá interna]mente também né,
385  Estela:    [não, é claro]
386             (2.1)
387  Estela:    ã:[:::::m]
388  Fernando:    [Estela] >cê faz o quê<? n- no momento
389  Estela:    nunca trabalhe::::i↓ vô fazê ago- vô tentá
390             agora fazê arquitetura e urbanismo na (XXXX)
391  Fernando:  ã?=
```

As duas tentativas de tomada de turno feitas por Estela (excerto 17, linha 306; excerto 18, linha 316) funcionam como um prefácio a uma narrativa (Sacks, 1975), indicando que ela precisa tomar o piso conversacional (Schultz, Florio & Erickson, 1982) por mais de um turno de fala para realizar as ações pretendidas naquele contexto. Estela, assim, propõe um enquadre de "narração de uma história" que é aceito por Fernando com a utilização do continuador: "ahã" (Fernando, excerto 18, linha 317). Que ações são realizadas nessa performance narrativa? Por que Estela propõe essa posição discursiva de narradora aqui e agora?

O ponto da narrativa, o que a faz contável para este interlocutor neste momento, encontra-se no fenômeno interacional que Speer (2011) denomina elogios de terceiros em discurso reportado direto (linhas 326-335). Speer (2011: 157) afirma que esses elogios em discurso reportado "permitem aos falantes evidenciar aspectos positivos (...) de sua aparência, atributos ou personalidade (sua identidade) e, assim, conseguir uma avaliação positiva de quem eles são (...) ao mesmo tempo em que evitam as inferências negativas associadas à autopromoção explícita (...)". Além disso, esse tipo de elogio oferece uma forma de administrar a regra social de "evitar elogiar-se/autopromover-se" observada por Sacks (1975). Com tal discurso reportado, "o/a falante não está alegando direito de se autoavaliar, mas está simplesmente reportando o que outra pessoa (que *tem* direitos epistêmicos de o/a avaliar), de forma supostamente mais objetiva, por acaso disse sobre ele/a" (Speer, 2011: 180). Em sua narrativa, Estela se orienta para essa limitação social e interacional e, ademais, para a questão identitária imposta pela crítica à sua performance feita por Fernando (excerto 17).

Estela conta que sua colega de teatro havia, assim como Fernando, lhe imputado uma identidade de homossexual ("ela pegou, falou assim: 'você é *gay,*

não é?"" – Estela, excerto 18, linhas 327-328). Provavelmente, essa classificação fora feita com base nos "trejeitos" que o psiquiatra problematiza durante a consulta. Possivelmente cansada de repetidamente contar sua situação de vida, em sua performance narrativa Estela (temporariamente) aceita o signo de identidade que lhe fora imputado por sua colega (excerto 18, linhas 328-329) e que intertextualmente a construía nos mesmo termos que o psiquiatra. Contudo, à medida que a narrativa progride e que sua relação com essa colega se desenvolve ("com o passar o tempo" – Estela, excerto 18, linha 330), Estela é identificada por sua colega como "uma daquelas pessoas que mudam de sexo" (Estela, excerto 18, linha 333).

Esse discurso reportado funciona como pista de contextualização para a posição discursiva que Estela constrói neste momento da interação. Aqui, a metamensagem é a de que "fora do consultório as pessoas me veem como mulher transexual". A elaboração dessa narrativa que enfatiza o papel de terceiros/as na interpretação da performance identitária de Estela aponta para outro efeito discursivo central da exigência do diagnóstico no cuidado à saúde trans-específico: a obliteração da autonomia do sujeito para falar em primeira pessoa e do reconhecimento de sua autodeterminação de gênero. Esse efeito se dá por causa da imposição institucional do CFM e do MS para que profissionais da saúde procurem evidências que comprovem a autenticidade da identidade que usuários/as reivindicam para si e que a psiquiatria tem o poder de legitimar ou não.

Essa posição discursiva ganha mais força com o complemento embutido por Estela ao comentário de sua colega: "sem eu nunca ter falado o que eu era pra ela" (excerto 18, linhas 334-335). Em outras palavras, a usuária foi identificada como uma pessoa transexual sem ter fornecido nenhum tipo de informação sobre sua autoidentificação. Essa performance narrativa, neste momento da interação, repleta de mecanismos de administração local de sanções sociais, tem como efeito a construção performativa de Estela dentro do modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*. Com ela, Estela mostra que outras pessoas de seu convívio são capazes de lhe atribuir essa identidade, ao contrário de Fernando nesta consulta. Além disso, esse efeito performativo reafirma a performance que ela vinha tentando elaborar desde o início da sequência diagnóstica; a narrativa serve, assim, como um recurso semiótico local com vistas a legitimar o pertencimento de Estela ao modelo de identidade que constrange as práticas de atenção à saúde trans-específicas do Processo. Como o psiquiatra responde a essa avaliação sobre a aparência de sua interlocutora? Como esse efeito performativo ressoa em suas ações interacionais subsequentes?

Speer (2011: 158), em sua pesquisa sobre o atendimento de pessoas transexuais em um hospital inglês, afirma que "se 'os pacientes' são capazes de mostrar que as identidades de gênero que eles afirmam ter durante suas consultas são, fora desse contexto, validadas por outros, então faz sentido que os psiquiatras também os tratem como 'transexuais verdadeiros'". A autora destaca que esse tipo de discurso reportado torna relevante duas ações subsequentes de quem o escuta: ou se avaliam as ações da pessoa cujas palavras são citadas nesta interação (isto é, comenta-se sobre terceiros não presentes no contexto imediato) ou se avaliam as ações do/a narrador/a que fez uso desse discurso reportado (ou seja, elabora-se uma avaliação positiva da performance identitária do/a narrador/a em consonância com a função do discurso reportado nesta interação).

Estela produz uma modulação prosódica (excerto 18, linha 335), impingindo ao turno uma entonação decrescente e em tom mais grave. Essa modulação marca o fim do turno e indica a Fernando que ele pode tomar a palavra. No entanto, o médico não toma o turno, produzindo um lapso interacional de 0,3 segundo (excerto 18, linha 336). Sem uma resposta do psiquiatra, Estela inclui uma avaliação (Labov & Waletsky, 1967), dando, assim, mais informações sobre a função projetada à narrativa nesta consulta. Quando finalmente toma o turno de fala, Fernando não se engaja em nenhuma das ações tornadas relevantes pelo uso de elogios de terceiros em discurso reportado, assim como descrito por Speer (2011). Em outras palavras, o psiquiatra não se mostra convencido pelo sistema de valores pessoais trazidos à interação por Estela em sua narrativa.

Fernando parece ter perdido o ponto da narrativa da usuária. O psiquiatra (excerto 18, linhas 338-340), contrariando a conclusão da colega de teatro de Estela, afirma que sua interlocutora está se mostrando como homossexual (ou seja, roupas masculinas com trejeitos femininos) e, por isso, as pessoas a classificam dessa forma. Podemos nos perguntar: a quem Estela está se mostrando como homossexual? Sabemos que, embora, em um primeiro momento, sua colega de teatro a identificara como homossexual, "com o passar do tempo" essa classificação mudou e, sem ajuda de Estela, essa garota passou a entendê-la como uma pessoa transexual.

Nessa consulta, Estela ainda conta mais duas narrativas nas quais ela afirma que outros/as colegas de sua aula de teatro e até mesmo seu padrasto a veem como *ela* e não como *ele*, isto é, como mulher transexual e não como homem homossexual. Com isso em perspectiva, poderíamos afirmar que "as pessoas" às quais Fernando se refere não são propriamente as pessoas das

experiências cotidianas, mas sim os textos que regimentam o Processo, uma "audiência fantasma" (Langellier, 2001) a qual Estela deveria convencer para obter o laudo que autoriza as cirurgias.

Com o turno iniciado na linha 346 (excerto 18), Fernando lança uma série de perguntas que testam o comprometimento de Estela com a identidade que diz ter. Com essas perguntas, o psiquiatra reentextualiza os critérios do DSM-IV – "deve haver evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste do desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto" (APA, 1994). Tais perguntas, insistentemente, desafiam a performance identitária elaborada por Estela, que se orienta à posição discursiva descrente do médico e, antes mesmo de o psiquiatra terminar sua pergunta (iniciada na linha 346), oferece, em sobreposição de fala (linhas 347), uma resposta negativa a sugestão do psiquiatra de que talvez Estela quisesse "ser homossexual e não transexual" (excerto 18, linhas 346 e 348). Quando do término de seu turno (linha 348), Fernando não recebe a resposta novamente e há um lapso de 0,3 segundo. O psiquiatra parece não ter escutado a resposta dada por Estela.

Nesse contexto, já que Estela não tomou o turno a ela oferecido (excerto 18, linha 348), o psiquiatra encaixa na sequência outra pergunta (Fernando, excerto 18, linhas 350-351): "são coisas diferentes, você sabe disso, não sabe?". Com esse turno, o psiquiatra explicita sua interpretação das ações de Estela nessa consulta e parece indicar que a usuária não está fazendo uma diferenciação clara entre as categorias homossexual e transexual. Estela desqualifica essa interpretação e afirma saber que homossexual e transexual são *coisas diferentes* ("sei, claro" – Estela, excerto 18, linha 352). Tendo obtido essa confirmação, Fernando continua a testar o comprometimento de sua interlocutora com o modelo de *transexual verdadeiro* com outra pergunta (linha 353). Vendo-se contra a parede, por assim dizer, Estela finalmente reentextualiza um elemento central dos saberes biomédicos que conformam o dispositivo da transexualidade: "Não, eu não gosto do meu pênis" (Estela, excerto 18, linha 354). No entanto, a modulação de volume de voz feita por Estela neste turno produz quase um sussurro, indicado na transcrição pelo sinal de grau. Aqui vemos as formulações de Benjamin (1999) sobre o *transexual verdadeiro* (ou seja, odiar seus órgãos genitais) em pleno funcionamento.

Apesar de Estela ter explicitamente trazido um critério diagnóstico que a inseriria no modelo de *transexual verdadeiro* nesta consulta, Fernando mantém sua posição discursiva de avaliador/juiz da estilística corporal da usuária.

O psiquiatra finalmente pergunta (excerto 18, linha 360) a sua interlocutora as razões pelas quais ela ainda não adota uma performance corporal que satisfaça o teste de vida real, isto é, corporificando signos de identidade que produziriam sua performance como estereotipicamente feminina. Em sua resposta, Estela afirma que prefere esperar o início da hormonoterapia para começar a modificar sua estética corporal. Fernando, entretanto, não leva em consideração as razões de sua interlocutora e, em sobreposição de fala (excerto 18, linha 364), inicia uma comparação entre ela e as/os outros/as usuários/as do PAIST que, em sua maioria, já chegam ao programa com performances semióticas que indexicalizam seu pertencimento ao gênero de identificação.

Com isso em pano de fundo, Fernando mantém seu engajamento na categorização de Estela como homossexual e demonstra que perdeu o ponto da narrativa sobre a colega de teatro que Estela contara momentos antes ("todo mundo vai achar que você é bicha" – Fernando, excerto 18, linhas 374). Se para Fernando sua interlocutora parece mais uma "bicha" que uma mulher transexual, a pergunta "E aí? Como é que fica?" (Fernando, excerto 18, linha 379) tem uma função diagnóstica central: se Estela não se demonstrar convicta de sua identificação como mulher transexual e não responder a pergunta de forma a salientá-la, ela pode não receber o diagnóstico de TIG. Estela, no entanto, não elabora sua resposta e oferece simplesmente uma indicação que sua classificação como "bicha" (pelo psiquiatra, pelo menos) "tem que mudar" (Estela, excerto 18, linha 381).

Após alguns comentários sobre o fato de a cirurgia não ser suficiente para que ela seja vista como uma *mulher* e sobre a necessidade de Estela ter "que mudar internamente também" (Fernando, excerto 18, linha 383-384) para não materializar em seu corpo um modelo de identidade que não condiz com uma performance de mulher transexual nos moldes do DSM-IV, o psiquiatra lança uma pergunta que modifica a estrutura discursiva de diagnóstico de TIG e passa a avaliar a inserção social de Estela (excerto 18, linha 388). A partir de então, o restante da consulta gira em torno de questões acadêmicas e familiares e, com isso, a posição discursiva de avaliador da aparência estabelecida anteriormente é deixada de lado no restante dessa consulta; Fernando passa a focar nos investimentos de Estela em outras atividades além da cirurgia.

Individualmente, esta consulta mostra somente como psiquiatra e usuária negociam suas relações intersubjetivas localmente com base na função avaliativa e diagnóstica de Fernando. No nível das performances identitárias e dos efeitos de (subjetiv)ação movimentados pela imposição do diagnóstico de

TIG, a consulta que Estela teve no dia seguinte (31 de março de 2010) com a equipe cirúrgica, na qual sua hormonoterapia seria finalmente prescrita, nos dá subsídios que possibilitam vislumbrar o caráter de trajetória de socialização (ou seja, desidentificação) que o diagnóstico exigido pelo CFM impõe ao Processo Transexualizador e que caracteriza o *modus operandi* do PAIST e de outros serviços autorizados a realizar o Processo Transexualizador no SUS.

Nesta consulta, como veremos, a estilística corporal de Estela começa a ser modificada, pelo menos em consultório, o que, juntamente com o fato de ter admitido não gostar do seu pênis, discutido anteriormente, inicia sua corporificação das linhas de visibilidade e enunciação sedimentadas pelo dispositivo da transexualidade.

No dia 31 de março, encontrei Estela no ambulatório (Figura 1, capítulo 2); embora ela vestisse a mesma calça verde-musgo do dia anterior, usava uma blusa mais apertada e rosa, havia-se maquiado com batom, rímel e lápis de contorno de olhos e carregava sobre os ombros um grande lenço floreado. Vejamos o excerto 19, que mostra parte de sua consulta a Carlos na qual Estela faz referência ao encontro com o psiquiatra no dia anterior, deixando clara a ligação entre esses dois encontros e salientado seu caráter de corrente discursiva. Nesse dia, em virtude do grande número de consultas marcadas, Giovani, para agilizar o atendimento, decidira dividir a equipe: ele atendia na sala da urologia e Carlos utilizava a sala de exame físico (Figura 1, capítulo 2) para suas consultas. Isso, no entanto, não impedia que Giovani fosse informado sobre as consultas de Carlos, pois ele frequentemente saía do consultório onde atendia para pedir informações a Giovani.

Excerto 19

```
179 Carlos:  =se tivé outra consulta em outra área alguma
180          [outra co]isa, fora- fora aqui né=
181 Estela:  [não: não]                      =não↓ se
182          precisá eu faço outro, pode ficá:: HHhh
183 Carlos:  °tá bom°
184          (7.9)
185 Estela:  não então daí::- é:: >acho que eu falei até
186          lembro que o doutor Fernando não gostô<
187          eu só quero começá- é:: eu só vô me senti
188          se↑gura de me ves↑ti é::: de menina é: quan-
189          é:: <quando> começá a to- >começá a tomá os
190          hormônios< pra::: [>não chamá muita atenção=
191 Carlos:                    [então olha quanta coisa=
```

192 Estela: =não ficá muito-<]
193 Carlos: =p o d e a con te]cê em seis meses=
194 Estela: =é:::↓ >pra não ficá ambíguo<=
195 Carlos: =é uai,
196 (9.2)
197 Estela: você vai me falá como que eu devo tomá o
198 hormô::nio? de quanto em quanto tempo?=
199 Carlos: =vô te ensiná aqui,

O excerto 19 mostra o momento da consulta em que Carlos está escrevendo a prescrição de hormônios para sua interlocutora e explicando sua utilização. Carlos e Estela falam sobre os exames de sangue que a usuária havia levado para a consulta (linhas 179-183). O médico dizia que seria aconselhável que Estela deixasse os resultados no PAIST para serem anexados ao seu prontuário, mas que isso não era obrigatório, e ela poderia levar os exames caso tivesse outras consultas para as quais eles fossem necessários. A usuária, contudo, afirmou que poderia deixar os exames e que se precisasse faria outros. Enquanto o médico escrevia a receita (durante o lapso de tempo de 7,9 segundos), Estela comenta sobre o fato de Fernando não concordar com sua decisão de somente começar a se "vestir de menina" após os efeitos dos hormônios (linhas 185-190), mas não faz menção ao fato de estar ostentando signos de feminilidade nesta consulta. Como vemos, o médico, contudo, não dá atenção a esse comentário e sequer comenta a nova estilística que Estela apresentava neste dia. Ele, dessa forma, mantém sua posição discursiva de endocrinologista e não se guia pela função de diagnóstico de TIG com a qual Fernando no dia anterior se manteve firme. Antes de liberar a receita para Estela, Carlos saiu da sala e foi pedir informações sobre um medicamento para Giovani que atendia em outro consultório; durante a ausência de Carlos, Estela comentou comigo (excerto 20) sobre sua conversa com o psiquiatra no dia anterior.

Excerto 20

215 Carlos: só vô confirmá aqui quanto é que- que ele
216 vai- >a gente vai fazê do gel tá?<=
217 Estela: =oquei↓
218 Carlos: °°(só um minutinho)°°
219 (9.1)
220 Estela: °tô bem menos ansiosa que ontem tá vendo?°
221 Rodrigo: @@[@@@@@]
222 Estela: [é que]ontem o doutor Fernando [me-]
223 Rodrigo: [ele] tava

```
224          inspirado ontem=
225  Estela:  =po(h)i(h)s é(h)::(h)=
226  Rodrigo: =cê tá bonita Estela, >curti do lenço<
227  Estela:  a::(hh)i: obrigada:: tava em dúvida se- se
228          usava esse. acho muito colorido >cê acha que
229          combi[na?<]
230  Rodrigo:     [cla::]::ro↓
231          (0.7)
232  Rodrigo: .hh pensei que tu ia- tinha receio de sair
233          mais assim femini[n a >n a r u a<]
234  Estela:                  [po(h)i(hh)s é::]:(h): °eu
235          tenho muito°
236          (2.5)
237  Estela:  mas só entre a gente tá, >>por favor não diz
238          nada tá<<, eu me ma(hh)quie(h)i a(h)qui no
239          banhe(h)[iro]
240  Rodrigo:         [@@@]@@=
241  Estela:  =@@@@ de(h)po(h)is de ontem >não queria
242          corrê ris[co né<]
243  Rodrigo:          [@@@ ta] cer(hh)ta=
244  Estela:  =°°shi::::, não fala na[da°°]
245  Rodrigo:                        [f i]ca tranquila.
246          (0.8) ((Carlos retorna à sala))
247  Carlos:  pronto, já resolvi >é esse remédio<=
248  Estela:  =ã?
249          (0.3)
250  Carlos:  um é comprimido e o outro é ↑gel
251  Estela:  uhum=
```

O estudo da semiose entre essas consultas nos mostra claramente os efeitos materiais da exigência do diagnóstico de TIG sobre as (subjetiv)ações dos/as usuários/as do PAIST. Embora Carlos não tivesse trazido para o conteúdo da interação a questão da nova estilística corporal de Estela, a adoção (temporária) de signos de feminilidade para esta consulta emerge como uma técnica de si que supostamente inseriria Estela no modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* com o qual ela ia paulatinamente se familiarizando durante sua participação no programa. Apesar de Estela não ter de fato seguido os conselhos de Fernando, pois não saiu na rua da forma que se apresentava em consultório, a mudança estilística efetuada no banheiro do hospital se apresenta como uma tática de resistência à exigência do diagnóstico. Estela se manteve

firme em sua decisão de não se "vestir de menina" sem antes obter os efeitos corporais dos hormônios e, assim, evitar "ambiguidade". Essas adaptações na estilística corporal e nas performances narrativas, como ilustram os casos de Estela e Vitória, emergem como uma forma velada de resistência aos constrangimentos das ações dos/as usuários/as e de suas interpretações particulares de suas transexualidades.

O processo de (des)aprendizagem (temporária e local) de suas formas particulares de vivenciar as transexualidades se apresenta ainda mais insidioso com Verônica em suas consultas com Inês, a psicóloga do programa. Como veremos na seção seguinte, entre janeiro e junho, quatro consultas com essa usuária foram gravadas pela psicóloga durante as quais pequenos abalos nas identificações de Verônica começaram a tomar corpo.[51]

Verônica: homossexual? Travesti? Transexual?

Se Estela, como vimos, decidira por não adotar uma estilística corporal feminina antes de ver os efeitos dos hormônios para "evitar ambiguidade", como ela mesma afirmara para Carlos (excerto 19) e tentara explicar, sem sucesso, a Fernando (excertos 17 e 18), Verônica, ao contrário, parecia não se incomodar com a ambiguidade de sua apresentação corporal. À época do trabalhado de campo, de fato, ela era uma das usuárias que mais sobrepunha recursos semióticos convencionalmente associados à masculinidade e feminilidade. Quando a conheci, em fevereiro de 2010, mês em que iniciara no PAIST, ainda não tomava hormônios e vestia sempre calças jeans femininas muito apertadas, deixando vislumbrar o volume de seu genital, não escondendo-o – ao contrário de outras usuárias – com a técnica chamada entre travestis de "aquendar a neca" (Pelúcio, 2009; Benedetti, 2005). A equipe de profissionais da saúde também percebia isso e comentava nos corredores do PAIST sobre o fato de Verônica deixar seu genital "à mostra", por assim dizer.

Além disso, sua barba era bastante visível e os pelos corporais, embora aparados, eram entrevistos nos decotes das blusas justas que usava. Quando a questionei, em frente ao hospital, sobre a forma como fazia para lidar com seus espessos pelos, ela disse que planejava se submeter à depilação a laser, mas em virtude de sua condição financeira (trabalhava como diarista) não sabia quando isso aconteceria: "faço à gilete mesmo" (notas de campo, 15 mar. 2010). Contradizendo o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*, suas performances corporais, se comparadas a de mulheres trans mais experientes

no PAIST, não ostentavam uma coerência entre os signos de identidade que adornavam seu corpo e sua autoidentificação como mulher transexual que deseja se submeter à cirurgia de transgenitalização. Essa dissonância transmodal indexicalizava, para os profissionais da saúde, modelos de identidades diferentes daquele construído pelos saberes biomédicos que guiam o Processo Transexualizador. Essa ambiguidade categorial foi, como veremos, o tema ao redor do qual se desenvolveram as consultas a que Verônica compareceu no primeiro semestre de 2010.

O fato de Verônica, em virtude de sua estilística corporal, não poder ser categorizada inequivocamente como uma mulher transexual (quando comparada ao modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*), fica explícito em suas consultas com a psicóloga Inês. Entre fevereiro e junho de 2010, Verônica teve gravadas quatro consultas com a psicóloga, e todas, em maior ou menor grau, focalizaram o hiato classificatório que suas performances corporais e narrativas instauravam. Vejamos como se deu sua introdução no PAIST. Em 24 de fevereiro de 2010, Verônica teve sua primeira consulta com Inês. A psicóloga ficara responsável pela gravação e, por vezes, esquecia-se de ligar o aparelho no início da consulta. Isso aconteceu com a interação analisada a seguir: Inês ligou o gravador depois de a consulta ter-se iniciado e, assim, não tive acesso à abertura da interação. Do excerto 21 consta o momento imediato ao que o gravador foi ligado, durante o qual Inês adota, em suas perguntas, posições discursivas de diagnosticadora, de psicoterapeuta e de professora/avaliadora.

Excerto 21

```
1    Inês:      Verônica >vô pedi pra você< me falá- me
2               explicá qual é a diferença entre transexual
3               <e travesti>↓
4               (4.2)
5    Verônica:  °ô:: como é° que vô explicá isso,
6    Inês:      >não precisa-< ↑fala com seu coração Verônica
7    Verônica:  que que eu a::cho?
8               (.)
9    Verônica:  ah eu acho que ↑são::- são pessoas diferentes
10              que têm a- pensa da maneira diferente né=
11   Inês:      =>exatamente< sentem diferente=
12   Verônica:  =é. [se sentem-]
13   Inês:           [tem a <sexua]lidade> [diferen-]
14   Verônica:                             [diferen]te uma da
15              outra=
```

16 Inês: =i:::sso mesmo↓ esses suas- >seus amigos<
17 que dizem que não querem:: tê::: é:::- que
18 que é? é::- são- é- >são o quê?<
19 Verônica: são travestis=
20 Inês: =são traves[ti]
21 Verônica: [são]
22 (.)
23 Inês: i::s[so se-]
24 Verônica: [maiori]a travesti↓
25 (0.3)
26 Inês: pois é.
27 (.)
28 Inês: <o transexual> ele- na grande maioria ele
29 não tem relação (sexual) °com pênis°
30 (0.7)
31 Inês: entendeu?=
32 Verônica: =uhum
33 Inês: já o travesti não↓ eles são- tanto eles são
34 ativos quanto eles são [passivos]
35 Verônica: [passivo] isso eu sei,
36 [são os dois]
37 Inês: [então eles] U::sam o pênis,
38 Verônica: uhum
39 (0.6)
40 Inês: >entendeu< a diferença?
41 Verônica: °entendi°=

Com a pergunta que lançou na linha 1, Inês estrutura sua relação com a usuária se colocando em uma posição discursiva em que seu grau de acesso epistêmico ao fato sobre o qual requer informações é menor do que o da usuária. Em outras palavras, com essa pergunta Inês se constrói como alguém que não tem conhecimento sobre o que pergunta e, assim, indica que sua interlocutora é quem detém as informações necessárias para sanar sua falta de informação sobre a diferença entre pessoas transexuais e travestis. Entretanto, sua função institucional como psicóloga de um programa de transgenitalização contradiz essa posição discursiva e talvez o lapso de tempo até a usuária tomar o turno para responder (excerto 21, linha 4) indique a interpretação da usuária de que a pergunta, em vez de estar legitimamente endereçando um fato desconhecido sobre o qual Verônica sabe mais que a psicóloga, serve de avaliação do conhecimento da usuária – uma pergunta-teste, *de facto*.

Com essa interpretação em tela, podemos considerar essa pergunta como o que analistas da conversa têm chamado de "pergunta de informação conhecida" (Mehan, 1979; Garcez, 2006; Koshik, 2010), comumente utilizada por professores/as em salas de aula chamadas de convencionais ou, nos termos de Fabrício (2007), panópticas. Em tal contexto, o/a professor/a tem o poder de reproduzir conhecimentos e testar seu alunos/as com perguntas para as quais já tem uma agenda previamente estabelecida; isso lhe outorga o poder de corrigir as respostas que considera erradas, impingindo, assim, à interação professor/a-aluno/a um caráter de panoptismo disciplinar. Segundo Fabrício (2007), esse tipo de pergunta funciona como um dispositivo de controle no qual "são gestados (...) regulados e transformados os sujeitos da educação e suas relações consigo mesmos, com os outros e com os conhecimentos" (Fabrício, 2007: 127).

O lançamento dessa pergunta coloca Verônica numa posição difícil, como indicado pela iniciação de reparo (Schegloff, Jefferson & Sacks, 1977) elaborada pela usuária ao se questionar: "como é que vou explicar isso? (Verônica, excerto 21, linha 5).[52] Percebendo a dificuldade de sua interlocutora em satisfazer a agenda imposta por sua pergunta, Inês lança um enunciado típico de consultas psicoterapêuticas: "fala com seu coração, Verônica" (Inês, excerto 21, linha 6).

Consoante Vehvilainen (2011), turnos que incitam interlocutores/as a falarem livremente, "do seu coração", sem constrangimentos por percepções de certo e errado são sequencialmente inseridos em contextos nos quais terapeutas enfrentam resistência de seus/suas clientes em endereçar suas perguntas ou seus desafios terapêuticos aos comportamentos e escolhas de seus/suas interlocutoras/es. "Falar com o coração", assim, parece indicar que não há resposta certa e que Verônica pode dizer à psicóloga o que vier a sua mente com referência a pergunta colocada.[53] É isso, de fato, o que a usuária faz em sua resposta: para ela, sujeitos transexuais e travestis "são pessoas diferentes que (...) pensam de maneira diferente." (Verônica, excerto 21, linha 9-10). Embora a resposta da usuária seja muito vaga com relação ao conteúdo requisitado pela pergunta, na medida em que não dá especificação sobre as diferenças solicitadas no turno de Inês, a psicóloga se mostra satisfeita com a resposta. Com seu turno da linha 11, Inês faz sua posição discursiva de professora/avaliadora mais sólida, pois aí, sequencialmente, se consolida uma sequência interacional bastante semelhante com uma dinâmica bem conhecida entre estudiosos/as de práticas em salas de aula: a sequência iniciação-resposta-avaliação (IRA) (Sinclair & Coulthard, 1975; Mehan, 1979; Garcez, 2006). Na sequência IRA,

o/a professor/a, aquele/a que detém o conhecimento, faz uma pergunta para a qual já tem a resposta, o/a aluno/a responde e o/a professor/a avalia a ação do/a estudante em termos de certo ou errado.

Significativamente, no entanto, a sequência IRA é, na interação psicóloga-usuária/o, manipulada de forma que ela construa para a profissional da saúde uma posição discursiva que sinalize sua função terapêutica, obscurecendo, assim, à primeira vista, seu caráter pedagógico-disciplinador. Em outras palavras, nas consultas de saúde mental do PAIST a IRA é frequentemente interposta por uma sequência embutida durante a qual a/o usuário/a inicia um reparo à pergunta do/a profissional da saúde, indicando sua dificuldade em respondê-la, o que possibilita à psicóloga lançar um turno *terapêutico* que disfarça o caráter de teste materializado por sua pergunta: iniciação-(reparo-terapia)-resposta-avaliação, I(RT)RA. Vejamos como isso se dá na interação:

Excerto 22

I	1	Inês:	Verônica >vô pedi pra você< me falá- me
	2		explicá qual é a diferença entre transexual
	3		<e travesti>↓
	4		(4.2)
R	5	Verônica:	°ô:: como é° que vô explicá isso,
T	6	Inês:	>não precisa-< ↑fala com seu coração Verônica
R	7	Verônica:	que que eu a::cho?
	8		(.)
	9	Verônica:	ah eu acho que ↑são::- são pessoas diferentes
	10		que têm a- pensa da maneira diferente né=
A	11	Inês:	=>exatamente< sentem diferente=

Ainda que nesse contexto a sequência IRA seja incrementada pela inserção de uma troca de turnos que poderíamos chamar de psicoterapêutica (excerto 22, linhas 5-6), sua trajetória se completa com a resposta de Verônica (excerto 22, linhas 7-10) e a avaliação de Inês (excerto 22, linha 11). De acordo com Garcez (2006), a IRA é rara em conversas cotidianas, sendo reconhecida em salas de aula de todo o mundo e caracterizando uma interação como tendo um caráter pedagógico. Embora o autor sublinhe que "a observação dessa sequência em andamento (...) nos traria o reconhecimento de que se trata de fala-em-interação de sala de aula convencional" (Garcez, 2006: 68), o que vemos aqui é uma conversa psicoterapêutica, em uma instituição – o hospital – que à primeira vista não teria nada a ver com escolas a não ser pelo fato de

servir de hospital de treinamento para futuros/as médicos/as. O uso do turno T (excerto 22, linha 6), contudo, disfarça o tom pedagógico da sequência embora não o apague por completo, pois o que ele faz é motivar a interlocutora a elaborar uma resposta sem a preocupação com sua adequação à agenda da psicóloga.

Ostermann e Ruy (2012) observaram a ocorrência da sequência IRA em consultas obstétricas e ginecológicas. De acordo com essas autoras, o aparecimento da IRA nesse contexto é um lócus de exercício de poder médico sobre os conhecimentos *leigos* dos/as usuários/as de serviços de saúde, já que é sempre o/a médico/a que inicia a sequência e fornece correções não mitigadas no terceiro turno. Como observam Ostermann e Ruy (2012: 77), "a sequência IRA acontece praticamente como um preâmbulo (...) para o que vem a seguir, uma explicação médica". Nesse sentido, a partir dessa sequência os entendimentos cotidianos de usuários/as sobre seus processos de saúde/adoecimento (explicitados no segundo turno da sequência) são reentextualizados, na avaliação/correção, por saberes técnicos e, dessa forma, apagados do horizonte de ação no cuidado em saúde. O/a médico/a, nesse sentido, fala por seus/suas pacientes.

Esse processo de apagamento da voz dos/as usuários/as, como vimos anteriormente, também é movimentado pela I(RT)RA, que caracteriza as consultas psicológicas do PAIST. O embutimento do turno T, como dito, tem pelo menos três consequências para o desenvolvimento da consulta: força o/a usuário/a a abandonar a tentativa de reparo, que não satisfaz a função da pergunta na primeira posição da sequência; disfarça a agenda diagnóstica da pergunta; pois outorga-lhe um caráter de psicoterapia apagando a possibilidade de julgamentos de valor sobre a resposta dada. Com isso, o turno T mascara o efeito pedagógico-disciplinador da sequência.

No que se refere às consultas de saúde mental do Processo Transexualizador, a ocorrência desse tipo de sequência em interações com usuários/as cujas performances corporais e narrativas divergem do modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* indica que a função dessa especialidade vai muito além do acompanhamento psicoterapêutico do estado emocional dos/as usuários/as, como sugerido pela portaria do MS e pela Nota Técnica do Conselho Federal de Psicologia discutida anteriormente.[54] Essa sequência permite ver a capilaridade dos embates interacionais entre os modelos de identidade que regimentam as funções institucionais da equipe e aqueles mais locais, particulares e contingentes trazidos ao Processo por pessoas transexuais e suas experiências de vida. Esses modelos de identidade não ratificados pelo saber biomédico são paulatinamente eclipsados, nos microdetalhes interacionais das consultas, pela

incorporação gradual de recursos semióticos associados à narrativa universalizante solidificada como texto no DSM-IV, processo no qual a sequência I(RT)RA tem papel central. Ademais, com essa sequência o caráter terapêutico propalado pela portaria do MS é enquadrado por uma estrutura discursiva pedagógica com a qual usuários/as são expostos/as ao modelo metapragmático biomédico que devem sustentar em suas performances corporais e narrativas para que angariem para si o laudo que legitima suas autoidentificações e autoriza o custeio de seus cuidados sanitários. Nesse sentido, a interação entre Verônica e Inês deixa entrever o fato de que as consultas psicológicas, em vez de assumirem para si o cuidado com a saúde emocional dos/as usuários/as como prioridade,[55] parecem servir de ensaio para as consultas com o psiquiatra, responsável pela assinatura do diagnóstico de TIG, nas quais não se encontram sequências com esse formato.

Embora, no fechamento da I(RT)RA, Inês se mostre satisfeita com a resposta pouco precisa de sua interlocutora, a psicóloga complementa sua avaliação, indicando que travestis e pessoas transexuais "sentem diferente" (Inês, excerto 22, linha 11). Apesar de avaliar a resposta de Verônica positivamente, Inês, na quinta posição da I(RT)RA, implementa sua avaliação com uma substituição lexical: ao repetir a resposta da usuária, no lugar do verbo pensar, a psicóloga usa o verbo sentir, enquadrando sua avaliação como uma correção. Verônica reage ao caráter corretivo do turno da psicóloga e repete a oferta (excerto 21, linha 12) vocabular feita por Inês, modificando, assim, o que dissera anteriormente "com o coração".

A psicóloga ainda complementa essa correção e afirma que pessoas transexuais e travestis não somente sentem de formas diferentes, mas, sobretudo, tem a sexualidade diferente (excerto 21, linha 13). Vale notar a ênfase dada à palavra sexualidade, que foi produzida de forma perceptivelmente mais lenta que o resto do turno. O turno elaborado por Verônica na linha 14 pode, nesse contexto, receber duas interpretações: complemento, em sobreposição, do turno da psicóloga iniciado na linha 13; ou complemento do turno da própria Verônica iniciado na linha 12, mas interrompido pela fala sobreposta de Inês. A psicóloga interpreta o turno de sua interlocutora como uma coconstrução de seu próprio turno e, assim ("isso mesmo" – Inês, excerto 21, linha 16), novamente assume sua posição discursiva de avaliadora ao julgar a contribuição da usuária como consoante com o que a psicóloga vinha lhe explicando.

Os turnos negociados por Inês e Verônica entre as linhas 16 e 24 utilizam como exemplo amigos da usuária que ela identifica como travestis (provavel-

mente Verônica havia falado sobre esses amigos no início da consulta, que não foi gravada) para mostrar o contraste entre pessoas transexuais e travestis no que se refere à sexualidade. Nas linhas 28-29, 33-34 e 37, Inês responde à pergunta que ela mesma havia feito (excerto 21, linha 1) – momento em que se colocava numa posição em que parecia saber menos que sua interlocutora – e se mostra, portanto, ciente das diferenças sobre as quais havia indagado. Nesse contexto, esse turno não só responde à pergunta da linha 1, mas, sobretudo, dá a Verônica os recursos semióticos para a construção de uma narrativa de *transexual verdadeiro* que satisfaça os propósitos do Processo. O foco desses turnos é a relação que pessoas transexuais e travestis têm com seu órgão genital. Reentextualizando elementos dos saberes biomédicos que sustentam o dispositivo da transexualidade, a psicóloga explica que "o transexual (...), na grande maioria, ele não tem relação sexual com o pênis" (Inês, excerto 21, linhas 28-29), "já o travesti não, eles são tanto ativos quanto passivos" (Inês, excerto 21, linhas 33-34). Em outras palavras, travestis "usam o pênis" (Inês, excerto 21, linha 37), ao passo que pessoas transexuais não. Essa explicação é interposta por turnos que incitam Verônica a demonstrar que está entendendo o que a psicóloga lhe diz (linhas 31 e 40). A usuária até ajuda (excerto 21, linha 35) Inês a completar sua explicação, indicando que já sabia que travestis são tanto ativas quanto passivas em relações sexuais.

A partir da pergunta desenvolvida no turno da linha 1, da sequência I(RT)RA que ela instaura, dos turnos nos quais Inês explica qual é a diferença entre travestis e pessoas transexuais e seus constantes pedidos para que Verônica confirme que entende o que a psicóloga lhe explica, vemos Inês adotando posições discursivas pelas quais assume funções de terapeuta e, sobretudo, de professora/avaliadora. Verônica ratifica essas posições discursivas ao se alinhar de forma a mostrar que tem acesso epistêmico menor que Inês em questões que ela, como mulher transexual, teria experiência pessoal direta. Em sua consulta inicial no PAIST, Verônica é, destarte, exposta a certos recursos semióticos que sustentam o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* tanto pelo desenho das perguntas de Inês quanto pelas sequências interacionais organizadas ao redor delas.

Mais adiante nesta consulta, Inês traz novamente à tona a questão da relação de pessoas transexuais com seus órgãos genitais; porém, desta feita, o contexto não era de explicação sobre as diferenças entre a travestilidade e a transexualidade, mas sim a atitude de Verônica para com seu pênis. Esse critério diagnóstico constrói o *transexual verdadeiro* como assexual, pois, afinal, a

ojeriza ao órgão genital, no discurso biomédico, preveniria o interesse em ter relações sexuais. Trazer esse elemento, como veremos a seguir, contextualiza uma nova estrutura discursiva à interação (ou seja, de conversa pedagógica a diagnóstico) e uma nova posição para Inês (de "professora" à diagnosticadora).

Excerto 23

```
186  Inês:      [mas] >normalmente< você tem::-
187             >quando você tem< relação você prefere que
188             seja?
189             (.)
190  Inês:      >lógico que não na rua< né=
191  Verônica:  =↑não em motel [ou na casa do cara]
192  Inês:                     [em- em- em que luga]::r- ou
193             ou na sua=
194  Verônica:  =é↓
195  Inês:      você não vai na sua casa?=
196  Verônica:  =não por causa da minha família
[...]
209  Verônica:  que ele sumiu e não apareceu ↑mais
210  Inês:      bom e quando você tem- tem relação você:::
211             <prefere> que você fique
212             (.)
213  Inês:      totalmen[te nu:::a,]
214  Verônica:          [totalmente]::- totalmente assim à
215             vontade,>por exemplo< numa ca::ma né ↑melhor
216             [na rua-]
217  Inês:      [sim mas] não te inco↑moda de vê assim o
218             pê::nis?
219             (1.5)
220  Inês:      o SEU pênis↓
221             (0.9)
222  Verônica:  se não me incomo::da?
223             (.)
224  Verônica:  ↑n::ão:: até que não
225  Inês:      cê não se incomoda com ele,
226  Verônica:  não:::
227             (0.3)
228  Inês:      e se:: o companheiro se interessa pelo seu
229             pênis?
230             (2.4)
```

```
231  Verônica:  não:: até hoje n- não aconteceu↓ de se::
232             interessá assim
233             (.)
234  Verônica:  porque inclusive >conheci o cara< esse que
235             eu fiquei né duas vezes esse que eu gosto
236             dele eu até cheguei a comentá >falei< se::
237             eu- é:::- eu tenho pensamento de fazê a
238             cirurgia- tenho vonta::de aí:: eu falei com
```

No momento anterior à situação transcrita no excerto 23, Verônica contava à Inês sobre um rapaz que conhecera enquanto estava conversando com suas amigas travestis na rua do bairro onde mora. Verônica se encontrou com ele e, pelo que a usuária conta nesta e em outras consultas, tiveram uma rápida relação amorosa, interrompida pelo desaparecimento do moço que deixou de procurá-la e aparentemente sumiu da cidade. Na noite em que se conheceram, Verônica e ele tiveram relações sexuais na rua, "num cantinho escuro". Esse episódio coloca a usuária em pelos menos dois problemas classificatórios para Inês: o fato de estar acompanhada por amigas travestis e ter feito sexo na rua pode induzir sua classificação como travesti profissional do sexo – um modelo de identidade que sua estilística corporal, segundo a equipe multiprofissional, sustentava; e a relação sexual descrita indica que Verônica não é assexuada e pode, em suas práticas sexuais, fazer uso de seu pênis, o que a levaria a ser classifica como travesti.

Inês faz uma pergunta que visa aferir a qualidade da relação de Verônica com seu pênis: "quando você (...) tem relação, você prefere que você fique totalmente nua?" (Inês, excerto 23, linhas 210-213). A resposta diagnóstica que Inês pretende receber não fica clara no desenho da pergunta, mas fica explícita na reelaboração deste turno feita segundos depois (linhas 217-218). Implicitamente, a pergunta das linhas 210-213 toma como pressuposto o fato de pessoas transexuais, como relatado na literatura psicanalítica stolleriana, preferirem usar de artifícios como calcinhas, toalhas etc. para disfarçar o órgão genital em relações sexuais que são, segundo esses relatos, raríssimas e realizadas geralmente no escuro (Heath, 2006). Verônica, entretanto, não se guia por esse elemento do modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* e responde, como solicitado pela psicóloga, "com seu coração", dizendo que quando tem relações sexuais ela prefere ficar totalmente nua numa cama (o que seria melhor) ou na rua, ignorando a avaliação moral da psicóloga, que deixava transparecer, momentos antes, não considerar apropriado fazer sexo em

lugares públicos (excerto 23, linha 190). Inês reelabora sua pergunta – "sim, mas não te incomoda de ver assim o pênis?" (excerto 23, linhas 217-218) – e deixa a função diagnóstica de sua questão clara: o incômodo com o pênis inseriria a usuária no modelo metapragmático que a pergunta pressupõe.

Após um lapso de 1,5 segundo no qual Verônica não toma o turno que a psicóloga lhe oferecera (excerto 23, linha 219), Inês reassume o piso conversacional e incrementa sua pergunta, deixando claro que ela falava sobre o pênis de Verônica não o de seu eventual companheiro sexual (excerto 23, linha 220). Apesar do que, há poucos turnos, Inês havia explicado sobre as diferenças entre pessoas transexuais e travestis (excerto 21), a resposta de Verônica nesta consulta não reentextualiza localmente o critério diagnóstico que confirmaria seu pertencimento ao modelo de identidade que enquadra a função da pergunta neste contexto. Após pedir confirmação sobre o que a psicóloga lhe havia questionado (excerto 23, linha 222), Verônica afirma que seu pênis não a incomoda ("não, até que não – excerto 23, linha 224). Defrontando-se com a negação desse critério diagnóstico, Inês repete a pergunta em forma de uma formulação (Heritage & Watson, 1979; Ostermann & Silva, 2012) que resume seu entendimento sobre o que sua interlocutora dissera (excerto 23, linha 225), recebendo novamente a confirmação de que Verônica não se incomoda com seu pênis (excerto 23, linha 226). A psicóloga, não obstante, ainda vai mais a fundo nesse assunto e questiona (excerto 23, linhas 228-229) como Verônica reagiria se seu companheiro se mostrasse interessado em seu pênis, mas, segundo a usuária, "até hoje não aconteceu de se interessar assim" (Verônica, excerto 23, linha 231-232).

Apesar de Inês, como vimos, ter fornecido a Verônica subsídios para que ela entendesse as diferenças entre pessoas transexuais e travestis, assim como defendido na racionalidade biomédica do DSM-IV, a usuária, quando da emergência da estrutura discursiva de diagnóstico (excerto 23), não conseguiu reentextualizar o critério ao qual havia sido exposta no início de sua consulta, isto é, aversão ao órgão genital. A falta desse critério sobreposta à performance corporal e sexual de Verônica provocou um hiato classificatório: afinal, ela poderia ser uma travesti apesar de se dizer transexual? É a tentativa de solucionar essa dificuldade em categorizar Verônica que orientará a segunda consulta gravada com a psicóloga, realizada em 9 de março de 2010, duas semanas após a consulta discutida até aqui. Com efeito, neste dia, Inês não só retoma a questão da diferença entre pessoas transexuais e travestis como insere uma nova dimensão em sua tentativa de categorizar sua interlocutora. Nesta consulta, Verônica traz seus entendimentos locais sobre sua autoidentificação e se diz

homossexual, pois, já que ela não é "totalmente mulher" (Verônica, excerto 24, linhas 256-257) e se relaciona sexualmente com "homens de verdade", o fato de ainda ter um pênis a inseriria nessa categoria identitária.

Excerto 24

```
249 Verônica:  eu sei:- >a mulher sofre< mas um homossexual
250            >↑sofre mais que um homem<
251            (1.3)
252 Inês:      você se considera um homossexual?
253            (2.8)
254 Verônica:  °ah°
255            (0.3)
256 Verônica:  sei lá:: m- m- me conside::::ro né por eu
257            não sê totalmente mulher,
258            (0.5)
259 Inês:      [°hum:::°]
260 Verônica:  [mas se E:]:U for totalmente mulher eu já
261            não vô ma::is-
262 Inês:      en↑tão ↑me::- <me ex↑plica> o que que é
263            <transexual>
264            (1.1)
265 Verônica:  ã::- transexual é:::::- é:::- >como é que é<
266            (0.3)
267 Verônica:  HH é por(hh)que não con[si(h)go falá (XXX)]
268 Inês:      [fala com seu cora]ção
269 Verônica:  >transexual?<=
270 Inês:      =>o que você entende<
271            (1.3)
272 Verônica:  é di- é di- >é dife↑rente de homossexual<
273            homossexual [é::-]
274 Inês:                   [mas] você falô >que você era
275            homossexu↑al< se você tá dizendo que você é
276            diferente,
277 Verônica:  ↑é::: o- é diferente, ã- eu me considero
278            diferente,
279            (0.5)
280 Inês:      mas você falô >que vo↑cê< so::::fre como um
281            homossexual,
282 Verônica:  ah não mas só::- so:::fro↓ >lógico que
283            sofro<=
```

```
284  Inês:      =então você é homossexual ou é transexual?
285  Verônica:  ↑não:::, homossexual
286  Inês:      você é HOMOsexual [>não é] transe[xual<]
287  Verônica:                    [é::::]        [não↓]
288             (1.7)
```

Nesse momento da consulta, vemos Inês e Verônica lidando com uma dificuldade classificatória. Inês pergunta (linha 252) se a usuária se considera homossexual ao que Verônica, após algumas turbulências (silêncio na linha 253, uma vocalização monossilábica na 254 e mais um lapso de tempo na 255), responde positivamente de forma truncada (alongamento de sons e quebras no início da resposta), o que pode indicar a delicadeza do tópico tratado ou a dificuldade em lidar com ele (Silverman & Peräkylä, 1990). Após um silêncio de 0,5 segundo, Verônica complementa sua resposta, em sobreposição ao continuador produzido pela psicóloga (linha 259), e explica que quando ela for "totalmente mulher" (ou seja, quando tiver uma vagina cirurgicamente construída) ela não será mais homossexual.

Nesses poucos turnos, Verônica acopla duas categorias identitárias diferentes como se fossem uma, indicando que ser homossexual equivale a ser transexual – ou melhor, a homossexualidade, em sua interpretação, seria uma fase temporária no processo de se produzir transexual cirurgicamente. Inês reage a essa confusão classificatória e pede que sua interlocutora explique "o que que é transexual" (Inês, excerto 24, linha 262), salientando, com a diminuição perceptível da velocidade de seu turno, a categoria que gostaria que fosse explicada.

Apesar de já ter sido exposta a uma questão semelhante na consulta que teve duas semanas antes durante a qual Inês lhe explicara o que caracteriza a transexualidade, Verônica demonstra dificuldade em aventar uma resposta (excerto 24, linhas 265-267). Enquanto a usuária diz que não consegue falar (excerto 24, linha 267), no turno construído em sobreposição ao de sua interlocutora, Inês reatualiza sua posição discursiva de terapeuta, isto é, alguém que está ali para ouvi-la sem julgamentos e sem pretensões por respostas corretas, ao incitá-la, novamente, a falar "com seu coração" (excerto 24, linha 268). Após confirmar a informação que a psicóloga requisitara (excerto 24, linha 269) e receber uma reelaboração da pergunta de forma a encorajá-la a falar livremente ("o que você entende" – Inês, excerto 24, linha 270), Verônica, assim como na consulta em 24 de fevereiro, oferece outra resposta bastante vaga na qual afirma que "transexual é diferente de homossexual" (excerto 24, linha 272).

À primeira vista, com esse turno, Verônica parece nos indicar que para ela essas duas categorias identitárias são qualitativamente diferentes, contradizendo o acoplamento categorial que fizera poucos turnos antes. Inês, então, pergunta diretamente a sua interlocutora como ela se identifica: "então, você é homossexual ou é transexual?" (excerto 24, linha 284). Mais uma vez, Verônica se classifica como homossexual (linha 285). Para não deixar dúvidas sobre a autoidentificação de sua interlocutora, a psicóloga elabora outra pergunta polar com a qual oferece claramente duas categorias para que Verônica escolha uma. Então, a usuária confirma que é homossexual e não transexual (linha 285).

Diante dessa autocategorização, que negaria o diagnóstico de TIG e impediria Verônica de desfrutar os serviços do PAIST,[56] Inês mais uma vez pede que a usuária explique "o que é transexual" (excerto 25, linha 289). Embora Verônica, na consulta do dia 24 de fevereiro, tenha recebido uma resposta para tal questão, como veremos a seguir, ela ainda não é capaz de reentextualizar no dia 9 de março os critérios diagnósticos que Inês lhe ensinara. Além de a usuária não conseguir demonstrar que de fato aprendeu o que é um *transexual verdadeiro*, nesta consulta confunde as categorias transexual e travesti, imputando à primeira atributos que, no dia 24 de fevereiro, haviam sido considerados típicos da última.

Excerto 25

289 Inês: então me ex↑plica o que é transexual,
290 (0.4)
291 Verônica: ah:: >não sei< acho que o tran[sexual t-]
292 Inês: [fa:::la com]
293 seu coração↓ >o que você entende<=
294 Verônica: =sei lá:::: acho- acho que transexual acho
295 que ↑gosta das duas co↓isa, tanto de mulher
296 como com::- com- com ho::mem=
297 Inês: =ah::::: en[tendi]
298 Verônica: [não é?]
299 (1.2)
300 Inês: será que ↑isso que você está falando não-
301 não é:: <tra::vesti>=
302 Verônica: =é, travesti então,
303 Inês: en↑tão ↑não::=
304 Verônica: =transexual é trave- mas travesti ↑gosta
305 (0.3)
306 Verônica: o travesti- o travesti mesmo gosta de::::

307 tanto homem quanto mulher.
308 Inês: i::::sso=

Verônica deixa claro que nessa consulta está tomando a categoria transexual por travesti, entendendo, assim, que pessoas transexuais gostam "das duas coisas, tanto de mulher como homem" (Verônica, excerto 25, linhas 294-296), uma definição construída na consulta do mês anterior. Aqui vemos uma sequência de turnos que se assemelha à I(RT)RA discutida anteriormente. À iniciação (linha 289), Verônica oferece, "com o coração" (excerto 25, linhas 292-293), uma resposta que evidencia a confusão categorial. O turno das linhas 300-301 funciona, nesse contexto, como uma avaliação na qual, com outra pergunta de resposta conhecida, a psicóloga veladamente oferta à sua interlocutora uma correção para seus entendimentos sobre essas categorias identitárias. Verônica aceita a correção (linha 302) e reelabora sua resposta, substituindo o item transexual por travesti e, dessa forma, soluciona a ambiguidade categorial que havia sido estabelecida. Contudo, a função diagnóstica da psicóloga ainda precisa endereçar a autoidentificação de Verônica como homossexual, feita momentos antes nesta consulta (excerto 24).

Excerto 26

309 Verônica: =agora o homossexual gosta- só pa- só qué::
310 é só:: uma- >como é que fala< só uma:::
311 uma escolha, uma escolha diferente separada
312 Inês: pois é, então:: [>vamo vê ca-<]
313 Verônica: [gosta de uma] coisa só,
314 >ho[mossexual< só de homem]
315 Inês: [então o ho:::mossexual] >que que é o
316 homossexual?< o homos[sexual::-]
317 Verônica: [que é pas]sivo, só::
318 (0.4)
319 Verônica: é o meu caso↓
320 (2.1)
321 Inês: >olha [só<]
322 Verônica: [eu] entendo assim, que homossexual
323 é passivo só:::-
324 Inês: <homossexual> é o::::- é o ser que gosta e
325 que tem relação com o ↑próprio [sexo]
326 Verônica: [sexo] com
327 pes[soa do mesmo sexo]
328 Inês: [né? o meni:::nos] gostam de meninos e as

```
329         meninas gostam de meninas↓
330         (0.3)
331  Inês:  mas o <homossexual:::> Verônica ele não se
332         sente mu↑lher, ele se sente homem,
333         (0.6)
334  Inês:  e go::sta do ó- do órgão genital ↑dele,
335         (1.2)
```

Após deixar claro o que entende por travesti, Verônica explica a categoria homossexual, com a qual havia se identificado anteriormente. Para a usuária, um homossexual "gosta de uma coisa só" (excerto 26, linha 313), ou seja, homens, e é, sexualmente falando, "passivo só" (Verônica, excerto 26, linha 323), o que é o seu caso. Mais adiante na consulta (excerto não mostrado aqui), Verônica afirma que há homossexuais que gostam de ficar com outros homossexuais, mas que esse não é o seu caso; ela prefere ficar apenas com homens heterossexuais. Há aqui outra confusão categorial à qual a psicóloga reage explicando que o homossexual "é o ser que gosta e que tem relação com o próprio sexo" (Inês, excerto 26, linhas 324-325). Verônica, por sua vez, mostra que sabe o que isso significa (linhas 326-327), entretanto a psicóloga elabora sua explicação afirmando que "meninos gostam de meninos e as meninas gostam de meninas" (Inês, excerto 26, linhas 328-329). Embora a curvatura prosódica do fim do turno possa ser considerada um lugar relevante para transição de falantes (entonação marcadamente descendente), Verônica não toma o turno (linha 330), e Inês, assim, elabora sua explicação ao implicitamente comparar homossexual com transexual: "mas o homossexual, Verônica, ele não se sente mulher, ele se sente homem e gosta do órgão genital dele" (Inês, excerto 26, linhas 331-334).

Verônica já havia sido exposta a esses signos de identidade na consulta que teve duas semanas antes. Aqui, eles intertextualmente inserem essa interação em uma corrente discursiva (Agha, 2007) durante a qual a usuária, como notaremos mais adiante, vai paulatinamente desaprendendo suas formas particulares de entender sua identificação de gênero e vai gradualmente adotando em suas performances narrativas os signos que performativamente a produziriam como um *transexual verdadeiro*.

Na consulta do dia 9 de março, Inês e Verônica definiram fronteiras entre os modelos de identidade referentes a pessoas transexuais, travestis e homossexuais. À primeira vista, de acordo com as ações da usuária nessa consulta, as diferenças entre essas categorias identitárias haviam sido entendidas

e aceitas como válidas. Inês, de fato, recicla esse tópico na abertura da terceira consulta gravada, realizada em 5 de maio de 2010: "eu me lembro que, quando nós começamos a conversar, você tinha uma certa... você tinha... se colocava como travesti" (em excerto não mostrado aqui). Assim, Inês estabelece o tema em torno do qual se desenvolveria a consulta. Contudo, em seu turno, Verônica refuta essa classificação, e a interação passa a se desenvolver ao redor da categoria *gay*, utilizada pela usuária para se autocategorizar: "não, não é nem travesti, eu não me sinto como travesti; eu me sinto assim... geralmente, eu me sinto gay" (em excerto não mostrado aqui). A partir daí, reatualiza-se a confusão categorial que Inês tentara sanar na consulta do dia 9 de março: "quase assim uma mulher totalmente, mas não, não total; não posso dizer totalmente por eu ter o órgão (...) masculino, né, comigo" (em excerto não mostrado aqui).

A falta de reentextualizações, no dia 5 de maio, dos recursos semiótico-narrativos que indexicalizem os modelos metapragmáticos de identidade dentro dos moldes estabelecidos nas duas consultas anteriores desencadeia as agendas tópicas dessa consulta. No nível das estruturas e posições discursivas desta interação, aparecem novamente a I(RT)RA e as perguntas abertas de informação conhecida estudadas anteriormente. No nível das agendas tópicas, psicóloga e usuária negociam modelos de identidades ligados à transexualidade, travestilidade e homossexualidade. Dessa forma, a psicóloga engaja-se em performances de diagnosticadora, terapeuta e professora/avaliadora apesar de, em suas perguntas, posicionar-se como alguém que tem menos acesso epistêmico aos fatos sobre os quais questiona.

Com efeito, na consulta do dia 5 de maio, começamos a ver Verônica adotar alguns dos recursos semióticos aos quais vinha sendo exposta em suas consultas psicológicas e, com isso, seus entendimentos particulares sobre diferentes categorias identitárias começaram a se dissipar:

Excerto 27

```
539  Inês:      =essa é Uma ou é a única maneira de
540             dife[renciá-]
541  Verônica:       [não↓ é u]:::ma
542             (0.4)
543  Inês:      e qual a se- qual você acha que seria a
544             <outra>?
545             (8.1)
546  Verônica:  .hhh bom↓ geralme- o travesti:::::
547             (0.3)
```

548 Verônica: >geralmente travesti< é o que eu fiquei já
549 sabendo né, não::::: tem vontade de fazê
550 essa cirurgia,
551 (0.7)
552 Verônica: agora eu acredito- >>sei lá<< a trans- a
553 <transexual> já:::::
554 (0.4)
555 Verônica: já tem vontade de fazê a ci[rur↑gia]
556 Inês: [en↑tão] começando
557 por essa maneira de pensá, é::::: por que será
558 que o transexual qué fazê: >a cirurgia< ↑e o
559 travesti não↓ qué?
560 (.)
561 Inês: pois se <<aparentemente>> >eles são iguais<
562 (4.2)
563 Verônica: sei lá::: XXXX=
564 Inês: =pensa Verônica, [pensa↓]
565 Verônica: [às ve(hhh)]zes- @@@ às
566 vezes é::::::
567 (0.5)
568 Verônica: não ↑sei:::, não- não vô dizê todos >mas às
569 vezes< tem algum transexual que não se sente
570 ↑bem::
571 (.)
572 Verônica: né?
573 (0.6)
574 Inês: °°(como?)°°
575 Verônica: ah sei ↑lá, não se sente bem,
576 (0.7)
577 Verônica: <<em sê:::>> >>em- em- em-<< em sê do jeito
578 que é,
579 (0.3)
580 Verônica: né?
581 (0.4)
582 Inês: °°.hh ta bom°°

Diante da autocategorização de Verônica como homossexual, Inês retoma a discussão sobre diferentes modelos de identidade que tomou a consulta anterior por completo. Após reatualizar nesta interação a definição de homossexual que havia feito anteriormente e, assim, deixando claro que transexual e

gay são coisas bem diferentes, Inês pergunta novamente a sua interlocutora as diferenças entre pessoas transexuais e travestis.[57] A usuária explica que travestis normalmente trabalham como profissionais do sexo (em excerto não mostrado aqui), e, a partir daí, a psicóloga questiona se essa é a única diferença (excerto 27, linha 539). Verônica, tendo indicado que "fazer programas" é uma das formas de diferenciar essas categorias identitárias, afirma que travestis geralmente não têm vontade de fazer a cirurgia de transgenitalização ao passo que pessoas transexuais sim (excerto 27, linhas 548-555). Não é difícil entrever aqui ecos dos modelos de identidade que Inês havia construído nas consultas anteriores e que Verônica não tinha reentextualizado no início desta consulta.

Em outras palavras, no dia 5 de maio, vemos o início de pequenos abalos nos entendimentos particulares da usuária sobre essas categorias e, com isso, ela adota as definições que Inês vinha defendendo desde a primeira consulta que teve com Verônica. Em seu turno a usuária faz uso de muitos recursos atenuantes do grau de certeza de sua resposta que a distanciam da informação oferecida (excerto 27, linha 546): prefácios ("bom, geralmente" – Verônica, excerto 27, linha 546), truncamento de palavras e alongamentos de som. Embora Verônica não cite a fonte da informação e simplesmente indique que "ficou sabendo", esse elemento de diferenciação foi repetidamente evocado por Inês nas consultas anteriores.

Finalmente, em maio a usuária inicia o processo de reentextualização em consultório dos signos de identidade aos quais havia sido exposta desde sua entrada no PAIST em fevereiro. Inês, no entanto, aprofunda essa questão e pergunta as razões pelas quais pessoas transexuais querem fazer a cirurgia já que elas e travestis "aparentemente (...) são iguais" (Inês, excerto 27, linha 561). Essa pergunta pressupõe a diferenciação feita já na consulta do dia 24 de fevereiro e repetida no dia 9 de março: travestis usam o pênis e não o rejeitam, ao passo que pessoas transexuais não se identificam com essa parte de seu corpo e desejam extirpá-la. Repetindo o padrão de distanciamento epistêmico ao que fala, a usuária sobre isso afirma: "não... não vou dizer todos, mas às vezes tem algum transexual que não se sente bem..." (excerto 27, linha 568-569).

Em vez de adotar a posição discursiva que Verônica lhe incitara, a psicóloga pede que ela elabore sua resposta. Embora a usuária tenha, com sucesso, reentextualizado ali e então signos de identidade dos quais, antes, não fazia uso, Inês se mostra insatisfeita com essa resposta, pois ainda faltavam elementos centrais que já haviam sido ensinados à usuária, notadamente a aversão ao órgão genital. Verônica, entretanto, não repete esse signo e simplesmente conclui que

pessoas transexuais não se sentem bem do jeito que são. Claramente, a usuária não havia até então aprendido a lição. Apesar disso, a psicóloga indica que aceita (temporariamente) a resposta (excerto 27, linha 582) e passa, a partir daí, a focalizar a diferença entre pessoas transexuais e homossexuais.

No entanto, ainda que na consulta do dia 5 de maio Inês tenha aceitado momentaneamente a diferenciação que Verônica havia feito e que repetia alguns signos de identidade que a psicóloga lhe havia ensinado, na quarta consulta gravada, realizada no dia 9 de junho, o foco recai novamente sobre a autoidentificação da usuária. Na ocasião, no entanto, Verônica não só reentextualiza os critérios diagnósticos de TIG para descrever *transexuais verdadeiros*, mas, sobretudo, os aplica a si mesma, contradizendo a performance narrativa elaborada para/com Inês em sua primeira consulta no programa e, assim, evidencia o eficiente processo de socialização no modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* realizado pelo Processo:

Excerto 28

123 Inês: o transexual >não é travesti<=
124 Verônica: =não
125 Inês: preste bem atenção↓ o transexual é diferente
126 de travesti,
127 (0.3)
128 Inês: <travesti> ele s:::- ele- ele- é:::: ele tem
129 um corpo de ho::::mem, ele gosta de homem no
130 caso MAS gosta de vesti de mulher, porque
131 vestir se de mulher é:::: faz com que eles
132 se sintam diferentes [dá um:::-]
133 Verônica: [mas tem] muitos
134 transexuais também [que-]
135 Inês: [tran]sexual não↓ travesti
136 Verônica: não:: >então< mas tem muitos travestis
137 também >igual a senhora falô< que se veste
138 de mulher, gosta de ho- gosta de se vesti de
139 mulher e que gostam <tanto de homem> quanto
140 de mulher,
141 (.)
142 Verônica: que tem lá no meu- lá na minha cidade,
143 (0.4)
144 Inês: já o <transexual> é::: u- uma pessoa que
145 a:::cha- que sente >acha não< SENTE que

```
146             nasceu no corpo er↑rado, <se sente mulher>
147             e- >não é só porque se veste de mulher< mas
148             se ↑sente mulher e não gosta do corpo que
149             tem↓
150             (.)
151  Inês:      no caso com o pênis, diferente do travesti,
152             o travesti nem pensa de fazê uma cirurgia de
153             tirá o pênis,
154  Verônica:  mas então o caso é o meu caso↓
155  Inês:      qual é o seu caso?=
156  Verônica:  =esse que a senhora falô, que::- é::- assim
157             eu gosto de meu corpo eu só não ↑gosto do::-
158             é::- >no caso< do órgão genital que eu tenho
159             (.)
160  Verônica:  por quê? porque isso me incomo::da e além de
161             me incomodá::: [mui]tas vezes me prejudica
162  Inês:                     [hum?]
163             (0.3)
164  Verônica:  de eu ficá com o ca::::ra >entendeu?<
165  Inês:      entendi
```

No início desse excerto, Inês retoma a questão da diferença entre pessoas transexuais e travestis (excerto 28, linhas 125-132), repetindo o que já havia sido estabelecido nas consultas anteriores e parcialmente replicado por Verônica no dia 5 de maio. Com essa explicação, Inês oferta a sua interlocutora certos signos de identidade que indexicalizam os modelos que vêm povoando as consultas. Essa repetição serve de pano de fundo para a autoidentificação de Verônica realizada no turno das linhas 156-159: "eu gosto de meu corpo, eu só não gosto do... é... no caso, do órgão genital que eu tenho" (Verônica, excerto 28, linhas 156-159). Aqui cabe lembrar a forma como se desenrolou, no entanto, parte da primeira consulta que Verônica teve no PAIST, em fevereiro:

Excerto 29

```
217  Inês:      [sim mas] não te inco↑moda de vê assim o
218             pê::nis?
219             (1.5)
220  Inês:      o SEU pênis↓
221             (0.9)
222  Verônica:  se não me incomo::da?
223             (.)
```

224 Verônica: ↑n::ão:: até que não
225 Inês: cê não se incomoda com ele,
226 Verônica: não:::

O contraponto entre as performances narrativas elaboradas por Verônica em sua primeira consulta no dia 24 de fevereiro de 2010 – na qual não reentextualizou o critério diagnóstico "aversão ao pênis" – e as desenvolvidas no dia 9 de junho permite observar como a usuária do PAIST foi paulatinamente reestilizando os signos de identidade utilizados para/com Inês e, assim, desaprendeu a *ser*. Em outras palavras, durante sua história interacional com a psicóloga, Verônica gradualmente deixa em suspenso as autoidentificações que trouxera consigo quando de sua entrada no PAIST e aprende, nos microdetalhes de suas relações intersubjetivas com a profissional da saúde, a incorporar e performar o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*. Esse (des)aprendizado de si se deu de forma insidiosa e pulverizada: nas relações intertextuais entre eventos comunicativos, durante vários meses, através dos quais certos signos de identidade circularam, a usuária foi exposta aos recursos semióticos que deveria utilizar para desenvolver uma performance narrativa que satisfizesse a resolução do CFM e pudesse ter suas necessidades sanitárias atendidas no SUS.

As análises feitas nesta seção traçam o itinerário de solidificação e corporificação de somente um dos critérios diagnósticos (aversão ao órgão genital). No entanto, embora Verônica tenha com sucesso reentextualizado esse critério para Inês em junho de 2010, havia ainda fissuras entre suas performances corporais e narrativas e o modelo de *transexual verdadeiro* e, dessa forma, sua trajetória de socialização ainda não estava terminada então. Discuti aqui apenas uma fase no processo durante o qual as performances de Verônica foram introduzidas na metapragmática do dispositivo da transexualidade que projeta *o que* e *como* usuários/as de programas de transgenitalização podem dizer e mostrar às equipes desses serviços e, em contrapartida, limita a forma como profissionais da saúde, independentemente de suas opiniões sobre a patologização da transexualidade, devem ver e ouvir seus/suas interlocutores/as.

Os casos de Estela e Verônica, estudados neste capítulo, ilustram a maneira como a imposição de um diagnóstico psiquiátrico para o Processo Transexualizador serve de dispositivo que deslegitima formas locais e particulares que usuários/as de programas de transgenitalização trazem consigo. A exigência do CFM para que as equipes multidisciplinares desses programas elaborem um diagnóstico autorizando as intervenções corporais impõe às interações com os/as usuários/as estruturas e posições discursivas nas quais profissionais da

saúde atuam como diagnosticadores/as e avaliadores/as e/ou juízes/as das performances corporais e narrativas das pessoas transexuais. É a partir dessas estruturas que os/as profissionais da saúde fornecem aos/às usuários/as elementos para que possam construir uma narrativa que satisfaça as exigências das normativas do CFM e do MS.

O processo de desaprendizagem das formas não ratificadas de vivenciar a transexualidade, no SUS, se dá, como vimos, na interseção entre os desenhos das perguntas lançadas por profissionais da saúde, as sequências de turnos-de-fala e, principalmente, as ofertas lexicais que lançam na trajetória da sequência I(RT)RA. É, assim, nos microdetalhes dessas interações e entre vários encontros comunicativos que o assujeitamento à racionalidade biomédica e à matriz de inteligibilidade de gênero, sustentáculos do dispositivo da transexualidade, se materializa no corpo e nas narrativas dos/as usuários/as, constrangendo suas possibilidades de (subjetiv)ação. Nesse sentido, profissionais da saúde acabam falando por seus/suas interlocutores/as, diminuindo possibilidades de agência e empoderamento de pessoas transexuais no que se refere aos seus cuidados sanitários no Processo. Em outras palavras, a exigência do diagnóstico não deixa espaço para o protagonismo trans (Geisler, 2015) no desenvolvimento de práticas de cuidado à sua própria saúde.

Nesse contexto, a imposição do diagnóstico dá um caráter de panoptismo disciplinar (Foucault, 2011c) ao Processo Transexualizador: as equipes multidisciplinares estão atentas a performances que contradigam o modelo de *transexual verdadeiro*; veem tudo, escutam tudo e impõem certas formas legítimas de performar a transexualidade, moldando, a partir das estruturas e posições discursivas discutidas neste capítulo, *o que* e *como* usuários/as de programas de transgenitalização podem mostrar e falar em consultório. Nesse sentido, a obrigação institucional do diagnóstico movimenta processos interacionais de "governo de si por si na sua articulação com as relações com o outro" (Foucault, 1997: 101), prescrevendo, destarte, certos modos de vida apropriados para os propósitos do Processo Transexualizador.

5

Sexo, Mentiras e Patologização: os obstáculos discursivos para uma atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais

É mentira, mesmo quando é verdade.
Henri Michaux

Mentiras sinceras me interessam.
Cazuza

Se, para aqueles/as usuários/as do PAIST que (ainda) não ostentam os sinais e sintomas do TIG, o Processo Transexualizador se configura em uma trajetória de desidentificação durante a qual eles/as vão adotando recursos semióticos que performativamente os/as transformam em certos tipos institucionalmente reconhecíveis de sujeito (trans), espera-se que, em algum momento dessa trajetória, eles/as sejam capazes de reentextualizar, para/com a equipe multidisciplinar, a narrativa de *transexual verdadeiro*. Nesse cenário, a exigência do diagnóstico e do acompanhamento por profissionais da saúde mental nos moldes discutidos no capítulo anterior movimenta processos microdiscursivos pelos quais as formas locais e contingentes de vivenciar as transexualidades são obliteradas pelas verdades do dispositivo da transexualidade, que patologiza essas experiências identitárias, tratando-as como um transtorno psiquiátrico. Como discutido no capítulo anterior, em sua história interacional com a equipe, pessoas transexuais são paulatinamente transformadas em "sujeito[s] ao outro através do controle e da dependência e ligado[s] à sua própria identidade através de uma consciência ou do autoconhecimento" (Foucault, 2010: 278). Nessa dinâmica de assujeitamento, detalhes interacionais quase imperceptíveis (mas, não obstante, decisivos) materializam localmente as normas de gênero que a patologização da transexualidade mobiliza e solidifica em manuais diagnósticos e normativas.

Assim, as dinâmicas do (des)aprendizado de si discutidas nos capítulos 3 e 4 diacronicamente inculcam nos/as usuários/as do programa certas técnicas de si (Foucault, 1988) pelas quais eles/as se transfiguram, com a colaboração ativa de profissionais da saúde. Vitória, em sua interação com Carlos, adaptou sua história de vida e omitiu fatos que, segundo Rebeca e Gilda, desabonariam sua performance de pessoa transexual para os propósitos do Processo. Considerando as críticas a sua estilística corporal, recebidas durante a interação com Fernando, Estela, no banheiro do hospital, maquiou-se e vestiu roupas convencionalmente femininas para sua consulta com a equipe cirúrgica. Em sua história interacional com a psicóloga, Verônica foi gradualmente incorporando os recursos semióticos oferecidos por Inês em suas perguntas...

O conceito de técnicas de si preocupou a obra foucaultiana grandemente (Foucault, 2001b, 2003, 1998, 2011a, 2011b). Esse filósofo, como vimos no capítulo 1, discute formas de objetificação de pessoas que acabam por torná-las certos tipos de sujeitos – as classificações científicas desempenham papel central nessa dinâmica. Com o conceito de técnicas de si, mais especificamente, Foucault delineia, desde a cultura grega pagã aos primórdios do cristianismo, a maneira como certos saberes incidem no corpo e na subjetividade das pessoas e inculcam formas de se ocuparem de si mesmas, transformando seus corpos e suas almas e produzindo, assim, subjetividades sujeitadas a certos saberes/poderes. Consoante Foucault (1988: 17), essas técnicas de si

> Permitem aos indivíduos efetuarem, sozinhos ou com a ajuda de outros, um certo número de operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser, de se transformarem (...), implica[ando] em certos modos de educação e transformação de indivíduos na medida em que se trata não somente, evidentemente, de adquirir certas aptidões, mas também de adquirir certas atitudes.

Essas técnicas instauram "práticas [de] sujeição do indivíduo a padrões de conduta externos, alheios a sua vontade" (Barros II, 2012: 4) e que envolvem jogos de verdade pelos quais o indivíduo, para se tornar sujeito, renuncia à sua *verdade* particular e adota outra, projetada pelos saberes/poderes que o objetificam (Rabinow, 2002). Entender o Processo Transexualizador como uma trajetória de (des)aprendizado de si traz visibilidade para essa dinâmica de sujeição e (subjetiv)ação na qual usuários/as do PAIST renunciam, local e temporariamente, às formas individuais de vivenciar suas corporalidades e subjetividades e adotam os recursos semióticos solidificados pelo dispositivo da transexualidade que indexicalizam o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*.

É importante salientar que a equipe do programa percebe esse processo de (des)aprendizado e é capaz de nomear algumas técnicas de si adotadas pelos/as usuários/as que, em termos êmicos, chamam de "discurso pronto", "o livrinho que todas leem", "o *script*", "o dever de casa" que fazem com afinco antes de suas consultas ou as "mentiras" que pessoas transexuais contam para conseguir o que precisam do programa.

Neste capítulo, discuto uma dessas técnicas de si: os produtos performativos de tal trajetória de (des)identificação que a equipe multiprofissional identifica como "mentira". Aqui, analiso o papel dessa técnica na construção de relações intersubjetivas nas práticas de atenção à saúde trans-específica. Para tanto, faço o cotejamento das experiências de Agnes, uma participante da Clínica de Gênero da Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA) na década de 1950, período no qual a classificação psiquiátrica e o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* estavam sendo forjados, e de Márcia Rejane, uma usuária do PAIST que conheci durante o trabalho de campo para esta pesquisa. Argumento, com essa comparação, que, embora estejam temporal e geograficamente distantes, Agnes e Márcia (e Vitória e Estela e Verônica...), engajam-se em performances identitárias muito semelhantes balizadas por uma política narrativo-essencialista. Tal política é característica da racionalidade biomédica que patologiza e homogeneíza as transexualidades e produz o "discurso pronto" que, como veremos, preocupava a equipe do PAIST durante o trabalho de campo.

Agnes: a "verdade" do gênero e as "mentiras" contadas por pessoas transexuais

Na historiografia do dispositivo da transexualidade (Castel, 2001; Bento, 2006, 2008; Lima, 2011; Leite Jr., 2011; Teixeira, 2013) tem-se preocupado em esmiuçar os embates discursivos de demarcação epistemológica que circundam a gênese da transexualidade e de seu manuseio clínico. As explicações (por vezes contraditórias) sobre suas origens são tributárias de diferentes regimes discursivos sobre o que é gênero.

Benjamin (1999), cujas ideias foram discutidas no capítulo 1, em sua definição do *transexual verdadeiro*, defende que o sexo humano é composto por oito diferentes sexos e assevera que eles não necessariamente coexistem de forma linear, podendo um contradizer o outro. Para ele, é um descompasso

entre sexo psicológico e os outros sexos que caracteriza a transexualidade. Para Benjamin, a verdade da identidade que pessoas transexuais afirmavam ter em seu consultório devia ser encontrada no sexo psicológico, que é, segundo ele, mais sedimentado e difícil de modificar.

Tendo essa premissa em perspectiva, Benjamin defendia a necessidade premente das cirurgias de redesignação sexual para sujeitos transexuais: se essas pessoas demonstram uma crença inabalável de pertencerem ao gênero oposto àquele de sua genitália, como é quase impossível mudar o sexo psicológico, deve-se intervir no sexo fenotípico para que se crie uma coerência semiótica entre o que a pessoa sente e o corpo que ostenta esse sentimento. A verdade do gênero (e, portanto, da transexualidade), para Benjamin, está no sexo psicológico, uma essência invisível refletida nas ações de pessoas transexuais que para ser inteligível deve estar em consonância com o sexo fenotípico, garantindo, assim, a manutenção da matriz de inteligibilidade de gênero.

Por sua vez, Stoller, outra figura central na classificação atual do *transtorno*, defendia que a verdade do gênero devia estar nos órgãos sexuais. O gênero verdadeiro de uma pessoa deve ser aquele ditado por sua genitália; qualquer desvio dessa rota configuraria um local para intervenção psicanalítica. Pessoas transexuais, para Stoller (1982), nasceriam da soma da equação: pai ausente + mãe dominadora. Nesse sentido, as cirurgias, na visão desse psicanalista, deveriam ser evitadas. Sua tarefa como psicólogo era devolver às crianças que atendia o sentido de pertencimento ao seu sexo natal por meio da estratégia clínica que denominou de "complexo de Édipo terapeuticamente induzido" (1982: 101). Em sua clínica, Stoller, como discutido no capítulo 1, incitava as crianças a se engajarem em comportamentos misóginos e, por vezes, até violentos durante o processo de desidentificação com suas mães masculinizadas e freudianamente invejosas.

Apesar dessas diferentes explicações sobre a gênese do TIG, o que está no cerne desses embates epistemológicos é a manutenção da matriz de inteligibilidade de gênero (Butler, 2003), ou seja, a *verdade do gênero*, seja lá qual for, deve ser encontrada na linearidade entre sexo e gênero. Isso pode ser vislumbrado na afirmação de Norman Fisk, psiquiatra responsável pela Stanford Gender Clinic, uma das primeiras do tipo, em sua plenária durante o 2º Simpósio Interdisciplinar sobre a Síndrome de Disforia de Gênero, realizado em 1973: "Eu agora admito candidamente que (...) nas fases iniciais nós estávamos manifestamente procurando candidatos que tivessem as melhores chances de sucesso" (Laub & Gandy, 1973: 7). Em outras palavras, como

observa a ativista trans Sandy Stone ([1991]2007), "candidatos/as eram avaliados/as com base em sua performance de gênero": aqueles/as que reatualizassem um complexo sígnico sancionado pelas verdades sedimentadas sobre o que é um homem e uma mulher *de verdade* e legitimado pela racionalidade biomédica teriam acesso às tecnologias que eles/as dominavam.

Assim, para se ter acesso a essas tecnologias se fazia necessário mostrar às instituições classificadoras que se era, de fato, um/a homem/mulher *de verdade* apesar do sexo congênito, o que era feito com base nos discursos hegemônicos à época da produção dessa classificação. Paradoxalmente, quando pessoas transexuais satisfaziam em consultório os estereótipos generificados dominantes, havia desconfiança de profissionais da saúde, pois cumulativamente a reentextualização desses discursos fazia parecer que todos/as compartilhavam experiências de vida muito semelhantes apesar de suas enormes diferenças interseccionais de raça, orientação sexual, classe, religiosidade, corporalidade etc.

Embora, à primeira vista, essa narrativa de vida homogênea contada às instituições classificadoras pudesse ser um guia fácil para a identificação de *sintomas* do *transtorno* (e, de fato, serviu para esse fim), as/os profissionais dessas instituições a entendiam (e, como veremos adiante, ainda hoje entendem) como "mentiras". Em um momento em que a classificação transexual estava sendo forjada, a procura pela verdade do gênero (e da transexualidade) é atravessada, em todos os níveis, pelas "mentiras" que os especialistas acreditavam estar ouvindo.

Talvez Stoller (1982) tenha sido o primeiro a trazer essa questão à tona. Com efeito, esse psicanalista defende que três traços de personalidade psicótica são frequentemente encontrados em relatos de pessoas transexuais que, para ele, são mentirosas, não confiáveis e têm dificuldade de construir relações duradouras (Stoller, 1982). Mentir, para Stoller, era uma ação social que atravessava a relação médico/a-pessoa transexual. Em seu livro *A Experiência Transexual* (1982), defrontado com a dificuldade de elaborar um "diagnóstico diferencial" guiado pelas histórias de vida contadas pelos sujeitos transexuais que o procuravam (afinal, todos/as relatavam experiências muito parecidas), Stoller alerta profissionais da saúde dizendo que

> hoje em dia isso [a transexualidade *verdadeira*] deve ser diferenciado da impenetrável neblina de mentiras que quase todos os homens que pedem 'mudança de sexo' manufaturam, daquilo que veem na televisão e leem, para simular a história e a aparência de transexuais o bastante para convencer as autoridades. (Stoller, 1982: 166)

Em sua discussão, Stoller parece reconhecer, ainda que não dê muita importância ao fato, que essas "mentiras" são produto da circulação social de discursos sobre a transexualidade e, indiretamente, sobre gênero; ou seja, o que veem na TV, o que leem e (Stoller parece não perceber) suas interações com profissionais da saúde forneciam os subsídios semióticos para a construção dessa "neblina de mentiras". Nesse sentido, mais adiante em sua obra, ele afirma que a elaboração de um diagnóstico preciso "traz um fardo a mais atualmente, pois a maioria dos pacientes (...) tem controle completo da literatura e sabem as respostas antes mesmo de as perguntas serem feitas" (1982: 172). Contudo, como vimos no capítulo anterior, as respostas *certas* são, em grande medida, fornecidas pela equipe multidisciplinar em suas perguntas e as estruturas e posições discursivas que delas emergem, sendo, assim, construídas gradualmente durante o tempo de permanência no programa.

A discussão de Stoller sobre essas "mentiras", no entanto, não é baseada de forma empírica em dados de suas consultas. Embora em seu livro o psicanalista forneça transcrições de algumas consultas, nenhuma delas é usada para ilustrar esse aspecto das personalidades das pessoas com que interagiu. Porém, temos a oportunidade de analisar os efeitos performativos dessas "mentiras" e seu papel na constituição do dispositivo da transexualidade, do modelo metapragmático de identidade que ele entextualiza e das práticas de manuseio clínico trans-específico no relato sociológico sobre Agnes, que em 1958 apareceu no Departamento de Psiquiatria da UCLA, onde conheceu Stoller e o etnometodólogo Harold Garfinkel. Garfinkel transformou a história de Agnes em um clássico da literatura sociológica com a publicação de seu *Studies in Ethnomethodology* (1967).

É no quinto capítulo do livro de Garfinkel que somos apresentados/as à Agnes, "uma menina de 19 anos, criada como menino, cujas medidas eram 96-63-96 acompanhadas de pênis e escroto totalmente desenvolvidos" (Garfinkel, 1967: 117). Esse capítulo se intitula "Passing and the managed achievement of sex status in an intersexed person, part 1". Uma leitura aguçada nos forçaria a parar aqui e perguntar: mas se Agnes era uma intersexual, como indicado no título, o que sua história pode dizer sobre a classificação médica transexual? À primeira vista, ela não nos ensinaria nada sobre transexualidade, pois a história social dessas duas classificações seguiu trajetórias distintas, embora aparentadas, como bem nos mostra o trabalho de Leite Jr. (2011).

No apêndice ao capítulo, entretanto, Garfinkel revela que depois de oito anos da realização das cirurgias, Agnes confessou a Stoller, por carta, que havia

mentido: embora tivesse dito à equipe de pesquisadores da UCLA que tinha nascido com um problema congênito ironicamente "confirmado" em exames clínicos (uma disfunção rara que Stoller chama de "síndrome de feminização testicular") (Garfinkel, 1967: 285), ela, desde os 12 anos de idade, tomara os medicamentos receitados para a reposição hormonal de sua mãe. Apesar de a classificação psiquiátrica transexual estar à época em estado incipiente, aprendemos neste apêndice que Agnes, de fato, não era uma pessoa intersexual, o que transforma o relatório de Garfinkel na primeira discussão sociológica profunda sobre a construção de performances de gênero da/na transexualidade (Raby, 2000).

Embora Garfinkel fizesse parte da equipe de Stoller, eles tinham objetivos diferentes: enquanto este, como psicanalista, se preocupava em descobrir a gênese da transexualidade, aquele, como etnometodólogo, estava interessado em "capturar o trabalho socialmente situado pelo qual Agnes realizava a tarefa de se passar por uma mulher 'normal'" (Rogers, 1992: 124). Com efeito, a etnometodologia tem como foco os métodos usados na administração de atividades públicas e interpessoais, isto é, os etnométodos naturalizados por membros de uma cultura e que, por serem tão sedimentados, tendem a ficar escondidos ou invisíveis no desenvolvimento da vida social. No jargão foucaultiano, o que Garfinkel e seus acólitos/as chamam de etnométodos seriam as técnicas de si: práticas de autovigilângia produzidas na história interacional de indivíduos com outros/as e com instituições que acabam por engendrar processos de subjetivação.

O conceito de gênero, apesar de existir, não era corrente à época; afinal, estamos falando da década de 1950. Garfinkel chama o que hoje entendemos por gênero de "*status* sexual" e usa Agnes para defender sua teoria, segundo a qual "o pertencimento a um *status* sexual é sustentado por uma variedade de circunstâncias práticas e suas contingências e ao mesmo tempo preserva o sentido de que tal pertencimento é um fato natural, normal e moral da vida em sociedade" (Zimmerman, 1992: 194-195).

Com efeito, a crítica feminista a este trabalho (Denzin, 1990; Raby, 2000) tem afirmado que nele há uma descrição misógina feita por um homem branco, heterossexual de classe média que ignora o fato de as performances de sua interlocutora terem sido feitas para e com ele com vistas a obter as intervenções corporais. De fato, a voz de Agnes é rara nesse texto: Garfinkel não disponibiliza transcrições de suas conversas, somente descrições (que, como sabemos, são em si performativas) de suas impressões. Ouvimos Agnes esparsamente em

algumas citações utilizadas pelo autor do relato. Embora pareça contraditório, é aí mesmo que se encontra o potencial analítico desse texto, pois ele nos fornece uma oportunidade de analisarmos os efeitos performativos das performances que Agnes elaborou para e com Garfinkel; efeito, à época, compartilhado com Benjamin, Stoller e outros que moldou/molda a classificação psiquiátrica do DSM e o entendimento atual das equipes multidisciplinares dos programas de transgenitalização brasileiros.

Como veremos a seguir, o foco das análises de Garfinkel se limita às fronteiras textuais dos eventos discursivos dos quais ele e Agnes participaram. Embora ele não se preocupe com a produção do "*status* sexual" como resultado de uma série interconectada de encontros entre os quais certos signos de identidade circulam e acabam por solidificar uma performance identitária para os indivíduos que pressupõem, sua discussão pode nos fornecer subsídios para entender o papel das "mentiras", como técnicas de si, na constituição do modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* e na configuração das práticas de cuidado à saúde trans-específicas correntes atualmente.

Alguns dos etnométodos identificados por Garfinkel (1967) em sua análise de mais de 35 horas de gravação de conversas com Agnes, que, cumulativamente, por seu efeito performativo possibilitaram a autorização das cirurgias, são:

1) Eufemismos: "transformar as coisas das quais falava em muito melhores, mais valiosas e mais prazerosas do que poderiam realmente ter sido" (1967: 167);
2) Generalidades: "o uso de alusões e referências obscuras ou impessoais" (1967: 167);
3) *Nonchalance*:[58] "fingir que não sabia o que estava sendo falado" (1967: 168);
4) Legalismos: "ela respondia e insistia que suas respostas endereçavam corretamente o sentido literal das palavras e das perguntas" (1967: 170);
5) Descuido ensaiado: "Agnes enfatizava a importância de uma aparência casual que era acompanhada por uma vigilância interna" (1967: 172) e ensaiava essa casualidade com afinco;
6) Manutenção de segredos: "Outra estratégia para seu 'passar' (...) é encontrada nos 'segredos' que Agnes conseguia proteger [tais como]: (1) a possibilidade de uma fonte externa de hormônios; (2) a natureza

> e a qualidade da colaboração entre Agnes, sua mãe e outras pessoas; (3) qualquer evidência sutil e detalhamentos de seus sentimentos e sua biografia masculinos; (4) para o que seu pênis era usado além de urinar; (5) como ela se satisfazia sexualmente e como satisfazia outros, especialmente seu namorado Bill, tanto antes como após revelar a eles sua condição; (6) a natureza de quaisquer sentimentos, temores e atividades homossexuais; (7) seus sentimentos sobre ser vista como uma 'falsa mulher'" (1967: 163).

Pelo uso desses etnométodos, Agnes mostrava a Garfinkel (1967) que, apesar de ter sido criada como um garoto e de ainda ter o pênis, sua feminilidade era um fato *natural* na sua vida social. Com eles, Agnes produzia uma biografia idealizada na qual evidências de sua feminilidade eram exageradas ao passo que possíveis indícios de masculinidade eram suprimidos. Além disso, seu pertencimento a esse "*status* sexual" estava relacionado a questões de conotações morais: para Agnes (assim como para muitos/as outros/as à época e ainda hoje), ser uma pessoa com valor moral igualava-se a ser vista como a "mulher natural, normal" que clamava ser.

Fica evidente que tais etnométodos são tributários de três campos de significação que deram sentido a suas interações com Garfinkel (e, provavelmente com Stoller) e, assim, participaram ativamente na constituição da classificação psiquiátrica que hoje a APA chama de disforia de gênero:

1) Demarcação de fronteiras identitárias – Agnes, a homofóbica:

> Havia uma insistência repetida de que ela não era comparável [aos homossexuais]. "Eu não sou como eles", ela continuamente dizia. "No ensino médio, eu evitava os meninos que agiam como bichinhas [sissies]... qualquer um com algum problema anormal... Eu os coibia ao ponto de insultá-los para me livrar deles. Eu não queria ser vista conversando com eles porque poderiam achar que estava relacionada a eles. Eu não queria ser classificada como eles". (Garfinkel, 1967: 131)

2) Aprendizado de como agir *como uma dama* – Agnes, a *aprendiz secreta*:

> Em seus relatos, várias pessoas eram centrais para que Agnes não só agisse como uma dama, mas, com elas, aprendesse como uma dama deve agir. [A mãe de Bill] enquanto ensinava Agnes a cozinhar pratos holandeses para agradá-lo, antes de tudo a ensinava a cozinhar. Agnes dizia que a mãe de Bill a ensinou a costurar; a ensinou que roupas ela deveria usar; elas conversavam sobre lojas de roupas, compras, estilos que eram adequados à Agnes e as habilidades para o cuidado da casa. (Garfinkel, 1967: 146)

> Agnes falava das 'longas palestras' que recebia de Bill em ocasiões nas quais fazia algo que ele desaprovava. Quando ele voltava para casa do trabalho, certa tarde, a encontrou tomando banho de sol no gramado em frente a sua casa. Ela aprendeu muito com os argumentos detalhados e rudes de Bill sobre as maneiras que essa 'exibição em frente de todos esses homens voltando do trabalho' era ofensiva para ele, mas atraente para outros homens. (Garfinkel, 1967: 146)

3) Aprendizado das "respostas certas" – Agnes, a antecipadora:

> Uma ocasião muito parecida com seu papel de aprendiz secreta era quando Agnes deixava o contexto fornecer a ela as respostas às perguntas. Eu acabei por pensar nisso como uma prática de 'acompanhamento antecipatório' (...). Eu fiquei estarrecido pelo número de ocasiões nas quais fui incapaz de decidir se Agnes estava respondendo minhas perguntas ou se ela havia aprendido com elas e, de modo mais central, com minhas sutis dicas, tanto antes como após as perguntas, de que respostas seriam aceitáveis. (Garfinkel, 1967: 147)

Tomadas como um todo e de forma cumulativa, os etnométodos descritos pelo sociólogo forjam um efeito pragmático (ou, na terminologia butleriana, performativo) que o força a interpretar que sua interlocutora sempre fora, incontestável e naturalmente, uma mulher *de verdade*; ou, na avaliação voyeurística de Garfinkel, Agnes se produziu para e com ele como sendo "120% mulher" (1967: 129). Em sua interpretação das performances de Agnes, Garfinkel repetidamente se mostra preocupado com o fato de ela ser manipuladora e mentirosa (1967: 174). De acordo com o etnometodólogo, ela era capaz de "administrar suas conversas conosco da UCLA na esperança de que a decisão fosse favorável e que a operação fosse realizada logo" (1967: 138).

O autor assevera que Agnes estava sempre alerta e conhecia detalhadamente as expectativas de uma ampla gama de situações cotidianas as quais ela tinha que satisfazer. Ela estava, de fato, sempre "consciente das contingências" (1967: 170) que podiam revelar seu "segredo". Consoante Garfinkel, "sua consciência sobre o funcionamento de estruturas sociais rotineiras (embora imperceptíveis) e seu interesse e vontade em usá-las como base para suas ações empresta às ações de Agnes seu sabor 'manipulativo'" (1967: 170). Uma das fontes dessa manipulação eram as "mentiras" que, segundo o etnometodólogo, Agnes contava. Ele declara que

> Uma revisão das ocasiões em que Agnes passava [por mulher] e suas ferramentas de administração [de suas ações] pode ser usada para explicar quão treinada e eficiente Agnes era em dissimular. Nós temos que

> concordar com Goffman que, assim como as pessoas investigadas por ele estavam engajadas na administração de impressões, ela era uma mentirosa de sucesso e que (...) mentir dava à Agnes e seus parceiros efeitos que conservavam características estáveis de suas interações socialmente estruturadas. (1967: 174)

Garfinkel, não obstante, nunca conseguiu provar que Agnes realmente mentia em virtude de sua limitada relação com sua interlocutora (eles se encontravam somente na UCLA) e da habilidade de Agnes de manter sua vida privada distante do *campus*. Em outras palavras, as "mentiras" que Garfinkel acreditava ouvir são produto das "incoerências" que ele mesmo projetava nas narrativas que ela lhe contava e não da análise da semiose entre encontros comunicativos – o que fiz no capítulo 4 e faço novamente na próxima seção. Com efeito, somente muito tempo após a realização das cirurgias que a equipe da UCLA foi alertada sobre uma das mentiras: Agnes não era intersexual como havia dito. Ao construir para/com Garfinkel performances que a produziam como uma mulher conservadora, pudica, recatada, tímida, delicada, submissa, heterossexual e homofóbica, Agnes conseguiu a aprovação das cirurgias que tanto desejava. Com tais etnométodos – técnicas de si movimentadas pela necessidade de satisfazer a função avaliativa de seus interlocutores – ela contribuiu para que a categoria psiquiátrica transexual se solidificasse com base nas "mentiras" que Garfinkel e Stoller acreditavam ouvir. Tais "mentiras", não obstante, forjaram o modelo metapragmático que constrange as ações de pessoas transexuais em programas de transgenitalização hoje em dia, como exemplifica o caso de Márcia Rejane no PAIST, que discuto adiante.

Mais recentemente, o tema das "mentiras" foi trazido novamente à tona. No contexto brasileiro, Bento (2006: 62), por exemplo, afirma que

> A 'capacidade potencial' do saber médico em decidir os rumos das vidas desses sujeitos se esvanece quando se observam os jogos e as estratégias de negociação implícitas que perpassam o cotidiano do/a 'candidato/a' no hospital (...). Alguns mecanismos utilizados pelos/as transexuais para se posicionar nessa relação são: autoconstruir-se como vítima, o silêncio e a essencialização de suas identidades por meio de uma narrativa que aponta para um 'desde sempre fui assim' e o 'mentir'. Cada uma dessas estratégias desencadeia recursos discursivos específicos, gerando efeitos particulares.

A socióloga acredita que a "mentira" serve de estratégia para negociação com profissionais da saúde. No entanto, em sua pesquisa, Bento discute essas "mentiras" apenas com base em relatos contados a ela por pessoas tran-

sexuais em entrevistas etnográficas. Com essa premissa metodológica, Bento tem acesso somente ao que indivíduos transexuais lhe contaram sobre suas relações com os profissionais da saúde em um programa de transgenitalização e investiga, assim, as práticas sociais elaboradas no exterior do hospital. Não comparecem em sua pesquisa, igualmente, as vozes das/os profissionais sobre o fato de pessoas transexuais "mentirem", pois a pesquisadora não as inclui em sua investigação. De fato, Bento defende que o "mentir" como estratégia para negociação identitária é uma derivação de experiências de vida fora do hospital, trazidas para a interação médico/a-pessoa transexual. A autora defende que "os/as 'candidatos/as têm em suas biografias relatos de várias estratégias de simulação que lhes possibilitam sobreviver nos campos sociais fundamentados na heteronormatividade" (Bento, 2006: 62). Mais adiante, assevera que "ao chegarem ao hospital, os/as 'candidatos/as' têm uma trajetória que os/as possibilita construir narrativas adequadas às expectativas da equipe" (Bento, 2006: 66).

As premissas metodológicas do trabalho de Bento (2006, 2008) e outros/as estudiosos/as que investigaram mais especificamente narrativas contadas por pessoas transexuais (Stone, 2007; Hausman, 1995; Prosser, 1998; Mason-Schrock, 1996; Teixeira, 2013) os/as impedem de estudar a produção interacional dessas "mentiras" *in situ* (afinal, como elas são forjadas microinteracionalmente para e com profissionais da saúde? – a discussão do capítulo anterior fornece subsídios para que entendamos esse processo), sua materialização discursiva (afinal, como elas são contadas? Quais seus efeitos intersubjetivos para a atenção à saúde trans-específica?) e seus efeitos para o cuidado em saúde no Processo, pois seu foco tem recaído sobre o que acontece fora do hospital. Nos casos de Hausman (1995), Stone ([1991]2007) e Prosser (1998), suas pesquisas ficam restritas à literatura autobiográfica disponível à época.

Esses estudos mostram, entretanto, que o exterior do hospital e os espaços de sociabilidade de pessoas trans são fundamentais no aprendizado de como lidar com instituições classificadoras (Bento, 2006; Teixeira, 2013). De fato, minha presença em alguns desses espaços exteriores ao consultório e longe das vistas da equipe forneceram subsídios que corroboram essas pesquisas anteriores e contribuíram para a análise das trajetórias de desaprendizagem identitária que movimentam o Processo Transexualizador estudadas aqui. Resta saber quais os efeitos desse desaprendizado de si – que acontece tanto dentro quanto fora do hospital, como indica o café da manhã que tive com Vitória e como evidenciam os trabalhos de Bento e Teixeira – nas relações intersubjetivas de cuidado à saúde negociadas entre usuários/as e profissionais da saúde.

No que segue, argumento que as "mentiras" no hospital são, em grande parte, produtos da trajetória de socialização imposta pela exigência do diagnóstico de TIG, que, ao impor uma *verdade* à transexualidade, limita o campo de (subjetiv)ação e agência dos/as usuários/as no que tange aos seus cuidados sanitários.

Márcia Rejane e a estilização das "mentiras"

Em sua quinta consulta com Fernando, transcrita a seguir, após o desenvolvimento de estruturas discursivas nas quais o psiquiatra satisfez as funções de verificação administrativa e acompanhamento da terapia hormonal, Márcia Rejane, no PAIST há pouco mais de um ano, a pedido do psiquiatra, reconta eventos de sua infância e descreve o momento quando "percebeu que havia alguma coisa diferente" (excerto 30, linhas 71-72).

Excerto 30

71 Fernando: quando foi assim que você percebeu
72 que havia alguma coisa diferente >em você<=
73 Márcia: =>quando eu nasci<
74 (0.3)
75 Fernando: quando cê nas(h)ceu você não percebeu (nada)
76 Márcia: não não percebi mas e- [era curioso por]que=
77 Fernando: [teve consciência]
78 Márcia: =eu nunca tive consciência de um corpo de
79 homem >eu nunca tive consciência de uma
80 cabeça de homem< pra mim eu era uma garo::ta
81 pra mim eu era uma menina que brincava-
82 >adorava brincá de< de::: bolinha com minhas
83 irmãs adorava brincá de boneca (0.5) desde
84 os cinco seis anos >e a gente trocava< no
85 natal a gente ganhava presente aí eu
86 trocava com a minha irmã dava os meus
87 brinquedos pra ela e pegava os dela de volta
88 Fernando: você ganhava brinquedo de menino né=
89 Márcia: =é:: naturalmente,=
90 Fernando: =ela ganhava de menina e [vocês trocavam]
91 Márcia: [e aí a gente trocava]
92 >porque ela preferia brincá de coisa< de
93 menino e eu prefe(h)ria(h) brin(h)cá de coisa

94 de(h) me(hh)nina(hhh) (0.4) e aí ↑foi assim
95 e aí acabei depois de um certo tempo tendo
96 certos traumas por conta da família, >as
97 pessoas falavam< ↑o::lha mas essa pessoa é
98 muito estranha, es- >esse menino é muito
99 estranho< tem uma coisa errada e aí a gente
100 acaba ficando assustado (minha mãe) falô que
101 eu ia pro inferno fi- fiquei chocada e- e-
102 tentei de todas as formas tentá convivê-
103 >tinha oito anos nisso< tentá convivê como
104 um- >↑um menininho< conviveria só que (.)
105 era tão difere::nte, eu tentei me engrupá
106 com os garotos mas eles eram viole::ntos,
107 eles falavam palavrões, eles subiam em
108 árvore:: (.) tentei acabá- tentei fazê isso
109 tudo mas eu nunca consegui >e disse assim<
110 ge::nte na- não sô isso↓=
111 Fernando: =mas cê tentô por quê? [cê achava que-]
112 Márcia: [>porque eu ti]nha<
113 me::do, >tinha medo de i pro inferno, tinha
114 medo dos meus pais me odiarem< eu tinha me-
115 era trauma↓ (.) [eu tinha muito medo]
116 Fernando: [seu pai e sua mãe já] tinham
117 percebido a situação,=
118 Márcia: =sim:: >eles me rejeitavam<

Como resposta ao psiquiatra, que em sua pergunta toma como pressuposto o fato de sua interlocutora achar que ela tem "alguma coisa diferente", Márcia se engaja na tentativa de localizar seus sentimentos de inadequação – inferidos pela questão de Fernando – em épocas remotas de sua vida social (excerto 30, linha 73). A usuária pulveriza sua performance narrativa com elementos semióticos que, cumulativamente, recontextualizam elementos discursivos do dispositivo da transexualidade e os adapta às atividades recontadas no evento narrativo. Ao responder a pergunta de Fernando (excerto 30, linhas 71-72), a narradora afirma que se deu conta de ser "diferente" quando de seu nascimento, confirmando, assim, o pressuposto que enquadra a pergunta do psiquiatra e lhe outorga um caráter diagnóstico. No entanto, o médico (excerto 30, linha 75) desqualifica a resposta de Márcia, fazendo emergir uma estrutura discursiva específica que motiva a elaboração de uma narrativa detalhada e cheia

de recursos estilísticos que performativamente constroem a narradora como um *transexual verdadeiro* de acordo com os critérios propostos pelo DSM-IV e, destarte, merecedora do laudo que autoriza as cirurgias.

Entre as linhas 78-87, Márcia não só afirma que "tem uma forte identificação com o gênero oposto" (APA, 1994), mas reentextualiza outros critérios centrais para a identificação de *transexuais verdadeiros*: notadamente "declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é, do sexo oposto" e a preferência de meninos "pelo uso de roupas do gênero oposto ou simulação de trajes femininos" (APA, 1994) de forma estilisticamente sofisticada. Afirmando que sempre se viu como menina, Márcia faz uso de pares de orações paralelas que, além de enriquecer a narrativa, reforçam sua função na interação (Bauman, 1986; Langellier, 2001), ou seja, construir-se como uma pessoa transexual *à la* DSM. Com esse recurso estilístico, a usuária, assim, coloca em movimento signos de identidade que podem minimizar o risco de uma classificação contrária àquela que ela precisa para angariar o diagnóstico.

A combinação dos pares das orações narrativas (Labov & Waletsky, 1967) "eu nunca tive consciência de um corpo de homem, eu nunca tive consciência de uma cabeça de homem" e "pra mim eu era uma garota, pra mim eu era uma menina que brincava" (Márcia, excerto 30, linhas 78-82) recontextualizava signos de identidade que sustentam o modelo metapragmático produzido nos embates de saberes/poderes solidificados como texto no DSM-IV, pois está aí implícita a "forte identificação com o gênero oposto" (APA, 1994), critério básico para a elaboração do diagnóstico de TIG. As orações narrativas paralelas "adorava brincar de bolinha com minhas irmãs" (Márcia, excerto 30, linha 82) e "adorava brincar de boneca" (Márcia, excerto 30, linha 83), ademais, recontextualizam verdades hegemônicas sobre feminilidade que ecoam o DSM-IV no evento narrado; a estrutura paralela dá ênfase às atividades, sublinhando sua relevância para o evento narrativo (Langellier, 2001).

Nas linhas 85-87, a narradora acrescenta à sua performance narrativa o fato de que costumava trocar os presentes ganhados no Natal com sua irmã, pois preferia "participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto" (APA, 1994: 534). À primeira vista, pode parecer que ela deixou de dar ênfase às atividades do evento narrado como vinha fazendo até esse momento, pois não estruturou essas orações paralelamente, no entanto Márcia se mostra uma narradora habilidosa e, em vez de adotar paralelismo gramatical, se utiliza de paralelismo fonológico, ou seja, enfatiza a penúltima sílaba dos verbos no passado que compõem sua narrativa (trocava – linha 84; ganhava – linha 85;

trocava – linha 86; dava – linha 86; pegava – linha 87) e dá um ritmo *stacatto* aos seus enunciados e dinamicidade às ações narrativas.

Em sua performance narrativa, destarte, Márcia foi capaz de reentextualizar parte da narrativa de *transexual verdadeiro* por meio de estruturas paralelas que organizam sua história e sua performance de portadora de TIG para Fernando e, com habilidade estilística, insere suas ações no modelo de identidade que homogeneíza essa experiência identitária. Nesse evento narrativo, Márcia se esforça para construir uma ilusão de coerência identitária, pois, ao negar sua anatomia (excerto 30, linhas 78-80), cria uma aparente relação retilínea entre gênero, corpo e performances identitárias, recontextualizando a matriz de inteligibilidade de gênero que serve de base para a patologização da transexualidade. Com isso, a usuária replica (Urban, 1996) as "mentiras" (o "discurso pronto" ou o "livro") que pessoas transexuais aparentemente têm contado às instituições classificadoras desde a emergência da categoria transexual no discurso médico (na década de 1950).

Entre as linhas 91-110, a narradora incrementa sua história com um fato que demarca claramente seu pertencimento "natural" ao gênero feminino. Márcia, desde muito cedo, preferia "brincar de coisa de menina" (excerto 30, linhas 93-94). Sua irmã, em contrapartida, preferia brincar "de coisa de menino" (excerto 30, linhas 92-93). Esse contexto lhe possibilitou engajar-se em atividades que satisfazem o DSM-IV no qual a infância, como sabemos, tem papel central na definição do *transexual verdadeiro*. Vale ressaltar que Fernando não problematiza a irmã de Márcia: se sua irmã, como menina, preferia brinquedos masculinos, ela não seria um homem transexual? Essa questão passa despercebida pelo psiquiatra.

Márcia dá continuidade a sua performance narrativa e afirma que em virtude de "certos traumas por conta da família" (excerto 30, linha 96), que achava suas atitudes quando criança muito estranhas e lhe dizia que seu comportamento lhe levaria ao inferno (linhas 100-101), ela começou a "conviver como um menininho conviveria" (Márcia, excerto 30, linha 104). Contudo, ficou impossível dar continuidade a essa maneira de se comportar, pois ela não se identificava com as práticas de gênero desenvolvidas por seus colegas do sexo masculino. Afinal, segundo Márcia, "eles eram violentos, eles falavam palavrões, eles subiam em árvores." (excerto 30, linhas 106-108). A performance narrativa de Márcia materializa localmente os signos de identidade que Estela e Verônica – do capítulo anterior – estavam apenas iniciando a reentextualizar, com a contribuição de Fernando e Inês, em suas estilísticas corporais e discursivas e, assim, nos

mostra o produto da trajetória de (des)identificação que configura o Processo Transexualizador. Em algum momento dessa trajetória, durante os vários anos de participação no PAIST, Estela e Verônica, se permanecerem no Processo, também serão capazes de se engajar em performances narrativas semelhantes às de Márcia, já experiente no programa.

Se, analiticamente, ficarmos presos/as às fronteiras textuais dessa consulta, parece que não há nada na performance narrativa de Márcia que desqualifique seu pertencimento ao modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*. No entanto, se compararmos esse evento narrado elaborado para/com o psiquiatra do programa com o que Márcia descreve em sua entrevista comigo, podemos ver concretamente a adaptação de sua história de vida aos signos de identidade disponibilizados pelo dispositivo da transexualidade. Em entrevista retrospectiva não estruturada realizada em minha casa, pedi a Márcia que escutasse partes de sua consulta com Fernando e fizesse os comentários que achasse relevantes. Ao escutar o ponto da narrativa no qual ela descreve suas tentativas de conviver com os meninos de seu bairro, Márcia ri e afirma:

> *Eu fui uma criança muito traquinas, Rodrigo. Adorava a rua! Sempre dava motivo pra minha mãe se preocupar comigo. Meus amigos e eu jogávamos futebol até tarde da noite, subíamos em árvore, corria, brigava, mas eu nunca ganhava porque fisicamente eu sempre fui fraca. Claro que eu adorava brincar com as meninas, principalmente minhas irmãs. Mas eu gostava dos meninos. A gente se divertia horrores [risos]. Mas você acha que eu vou dizer isso pro Fernando? Acha que vou dizer que eu me masturbava e de vez em quando ainda me masturbo? Ele nunca me daria o laudo, eu nunca faria a cirurgia. Eu preciso dela [da cirurgia] pra ser feliz, pra ter o corpo que eu quero.* (entrevista com Márcia Rejane, 23 jun. 2010)

Há um descompasso entre a performance narrativa de Márcia no consultório do psiquiatra e a descrição de sua infância durante a entrevista concedida a mim. De forma crucial, o depoimento da usuária do PAIST sublinha que, de fato, *mentiu* para o psiquiatra em alguns fatos de sua infância; fatos esses que fazem com que sua identidade de gênero seja ambígua. Esse descompasso indica que suas experiências corporais, assim como vivenciadas em sua infância, não satisfariam os critérios diagnósticos e – ela estava ciente disso – não lhe garantiriam o laudo, pois revelar essas ambiguidades só aumentaria o risco de ser classificada em outro modelo de identidade que não aquele que regimenta o Processo Transexualizador. Nesse sentido, em sua consulta com o psiquiatra, Márcia estrategicamente renuncia aspectos de sua infância e enfatiza signos

de identidade com os quais, na entrevista, ela diz não se identificar, o que dá a sua narrativa seu aspecto performativo.

Com efeito, algumas usuárias do PAIST compartilham essa percepção com Márcia. Sobre o fato de a transexualidade ser uma doença psiquiátrica, a maioria das/os entrevistadas/os deu respostas que podem ser agrupadas em três categorias: naturalização da patologização ("Eu acho que é doença porque o normal é homem ter pênis e mulher ter vagina", dizia Letícia, no PAIST há três anos – entrevista, 13 abr. 2010); patologização passiva ("Se tá assim no CID, quem sou eu para contrariar, Rodrigo?", afirmava Érika, no programa há um ano e meio – entrevista, 23 ago. 2010); e patologização estratégica, explicitamente operacionalizada no comentário de Lívia: "Já que pro Fernando isso é doença, sempre que tenho consulta com ele, chego lá de cabeça baixa, chorosa e me fazendo de autista (risos)" (entrevista, 17 maio 2010).

A patologização estratégica é o que vemos no descompasso entre a performance narrativa elaborada em consultório e a perspectiva de Márcia sobre o papel de Fernando como diagnosticador; é ela, igualmente, que talvez tenha informado a posição de Stoller e Garfinkel de que a "mentira" é uma característica da personalidade de pessoas transexuais. E é essa patologização estratégica que, muitas vezes, garante o laudo que autoriza as cirurgias. Contudo, ela também é responsável por dificultar a elaboração de práticas de atenção à saúde humanizadas e integrais. Em outras palavras, o uso estratégico da patologização – forçado pela imposição do diagnóstico pelo CFM – impede a construção de uma relação clínica que possibilite aos/às usuárias/os relatarem problemas de saúde que enfrentam em suas vidas diárias. O "discurso pronto" de *transexual verdadeiro* eclipsa os reais problemas de saúde que pessoas transexuais enfrentam em seu dia a dia e que – as/os usuários/as do PAIST acreditam – podem ser empecilhos para angariarem o laudo diagnóstico. Esse problema intersubjetivo produzido pela exigência do diagnóstico será discutido a seguir.

Os efeitos intersubjetivos das "mentiras" no PAIST

À primeira vista, o que parece aproximar as experiências de Agnes e Márcia (e Vitória e Estela e Verônica...) com instituições classificadoras é um processo no qual se confeccionam histórias pessoais adequadas às expectativas dessas instituições. Isso foi, de fato, uma dinâmica central quando da construção da categoria psiquiátrica transexual, que teve seu ápice nas décadas de 1950 e 1970 nos Estados Unidos e culminou em sua inclusão no DSM-III, publicado em 1980.

Como Márcia e Agnes nos mostram, a filiação narrativa a uma lógica booleana, na qual ou se é homem ou se é mulher, sem espaços para contradições, deslizes, cisões e áreas borradas, não faz mais que retroalimentar os critérios diagnósticos e apagar a heterogeneidade dos processos locais de identificação e (subjetiv)ação de pessoas transexuais. Agnes adaptava sua história de vida às verdades sedimentadas sobre feminilidade (e moralidade) disponíveis à época, o que garantiu sua classificação como transexual. Translocalmente, isso também é feito pelos/as usuários/as do PAIST. Em outras palavras, a atual exigência do diagnóstico no Processo Transexualizador brasileiro impõe às/aos usuárias/os transexuais dos programas de transgenitalização a necessidade não só de satisfazer os critérios diagnósticos, mas também (e com isso) delimitar fronteiras identitárias rígidas guiadas por jogos de linguagem (Wittgenstein, 2000) cristalizados pelas mesmas verdades que constrangiam as ações de Agnes na UCLA: homem-pênis-atividade-agressividade-racionalidade-praticidade-heterossexualidade; mulher-vagina-passividade-sensibilidade-emoção-fragilidade-heterossexualidade.

Com efeito, esse processo de adaptação narrativa "estratégica" tem sido identificado na literatura especializada como uma tática de resistência: "diga a eles o que querem ouvir que, ao enganá-los, o diagnóstico psiquiátrico lhe será dado de bom grado" (Bento, 2006; Stone, [1991]2007; Lima, 2010; Teixeira, 2013). Essa posição é tributária das premissas metodológicas que guiam esses estudos: neles, analisam-se as experiências cotidianas de pessoas transexuais e suas perspectivas *sobre* o processo transexualizador que é discutido com base em relatos fornecidos por pessoas transexuais a pesquisadores/as sobre suas relações com as equipes médicas. Embora esses estudos sejam muito importantes por sua força política ao mostrar as multiplicidades que constituem as vivências transexuais, em razão dos seus desenhos metodológicos eles focalizam o exterior dos programas de transgenitalização e não sua construção dialógica, no sentido mais bakhtiniano do termo (Bakhtin, 2003), entre usuários/as transexuais e os/as profissionais da saúde. A resistência aos constrangimentos do dispositivo da transexualidade é, nesse sentido, somente vista pelo lado de fora dos programas de transgenitalização. Não se conhece, até o momento, como ela se dá lá mesmo onde a classificação psiquiátrica ocorre, isto é, nos consultórios. No capítulo anterior, vimos como Estela (no banheiro do hospital) manipulou a exigência do diagnóstico a seu favor em sua consulta com Carlos. Os casos de Vitória e Márcia também são paradigmáticos nesse sentido.

Se, como alerta Foucault, "lá onde há poder, há resistência" (Foucault, 2003: 91), no caso do dispositivo da transexualidade e seus desdobramentos assujeitadores nos programas de transgenitalização não será diferente. No entanto, não podemos esquecer que a resistência da qual nos fala Foucault não acontece em um vácuo social: os/as profissionais da saúde dos programas estão nela imbricados/as; a discussão do capítulo anterior na qual saliento a participação ativa de profissionais da saúde mental na construção da narrativa de *transexual verdadeiro* contribui para que entendamos essa dinâmica do dispositivo da transexualidade. Ora, Foucault já observara que dentro dos próprios dispositivos encontramos as ferramentas para sua contestação. A produção de uma narrativa apropriada às expectativas institucionais do Processo é, de fato, uma prática de resistência, mas ela não acontece sem a colaboração central dos/as profissionais, que fornecem aos/às usuários/as os recursos semióticos. Essa dinâmica de desaprendizagem possibilita performances temporárias e estratégicas de *transexual verdadeiro* nos consultórios. Todavia, embora os/as profissionais da saúde retroalimentem, nos microdetalhes interacionais de suas relações com os/as usuários/as, o que eles/as chamam de "discurso pronto", eles/as se mostram céticos quanto a sua materialização nas consultas, o que gera desconfiança entre equipe e pessoas transexuais.

Estudos sobre a fala-em-interação no processo de implementação de políticas de humanização do SUS (Brasil, 2004) em serviços direcionados à saúde da mulher têm mostrado a relevância de se prestar atenção à construção de relações intersubjetivas entre profissionais da saúde e usuários/as *in situ* (Ostermann & Meneghel, 2012), ou seja, nos consultórios, locais onde a humanização do cuidado à saúde deve acontecer em primeira instância. Esses estudos indicam que a linguagem-em-uso desempenha papel central nesse processo, pois ela é o meio no/pelo qual a saúde é negociada entre médicos/as e os/as usuários/as dos serviços (Ostermann & Souza, 2009; Sell & Ostermann, 2009; Ostermann & Silva, 2009; Ostermann & Meneghel, 2012). Nesse sentido, investigar o papel da linguagem no Processo Transexualizador também pode nos levar nessa mesma direção. Até que uma pessoa transexual (se desejar) entre no centro cirúrgico, ela terá negociado a legitimidade de sua presença ali em uma centena de eventos comunicativos intertextualmente conectados – anamneses, consultas clínicas, psicológicas, psiquiátricas, laudos, atestados, manuais diagnósticos, conversas de corredor com outros/as usuárias/os etc. –, o que confirma a centralidade da linguagem (oral e escrita) nos serviços de transgenitalização e na produção de performances identitárias para/com as equipes multiprofissionais.

Considerar esse processo discursivo de adaptação de narrativas de vida como uma estratégia de resistência efetiva é resultado do foco analítico sobre apenas um dos vetores que movimentam o Processo Transexualizador. Se lançarmos nosso olhar para as negociações de significados e identidades que acontecem tanto nos corredores e nas vendas em frente ao hospital entre usuárias/os do programa como aquelas elaboradas dentro dos consultórios com as equipes, essa resistência se torna apenas aparente. Ela deriva de um processo fomentado, em grande medida, pela circulação de signos de identidade nas trajetórias interacionais entre usuários/as e equipe que acaba por solidificar o "discurso pronto" e seu efeito performativo como "mentira".

Esse é o caso, por exemplo, de Lívia – mencionada anteriormente. Quando perguntei em entrevista não estruturada sobre o fato de a transexualidade ser considerada uma enfermidade mental, Lívia afirmou ter-se passado por autista e chegado cabisbaixa e chorosa em suas consultas com o psiquiatra Fernando, já que, para ele, o que ela tem é doença. Ela também se engaja em um discurso padronizado que a produz performativamente como uma pessoa transexual e acredita que com isso convence a equipe a legitimar a identidade que reivindica ter. Diante desse cenário, é importante perguntar: afinal, as instituições classificadoras/diagnosticadoras percebem a construção de uma narrativa apropriada às suas expectativas classificatórias? Em caso afirmativo, como se dá essa percepção? Qual o efeito disso na relação intersubjetiva entre profissionais da saúde e usuários/as dos programas de transgenitalização? Anteriormente, vimos que Garfinkel classificava Agnes como metirosa e manipuladora; como isso se dá no programa aqui investigado?

Durante o trabalho de campo no PAIST, eram frequentes as reclamações da equipe sobre o que em termos êmicos os profissionais chamavam de "discurso pronto", o "*script*", o "livrinho que todas leem" ou o "dever de casa" que usuárias/os faziam antes de suas consultas. Dos membros da equipe, o urologista era o mais preocupado com a utilização desse "discurso pronto". De fato, ele repetidamente indicava que a presença de um pesquisador vinculado aos estudos da linguagem no programa poderia ajudar na identificação desse discurso com vistas a melhorar a qualidade da comunicação médico/a-pessoa transexual. No entanto, a identificação desse "*script*" não é difícil em virtude de sua exuberância nas consultas desse programa. Segundo a interpretação do médico, tal discurso é padronizado pelo uso cumulativo de "*slogans* identitários" (Mason-Schrock, 1996) destacados nas entrevistas a seguir:

> *Então você pergunta: "você tem um namorado?". Aí ela vai falar: "eu tô fazendo a cirurgia pra mim." Eu falo assim: "mas, eu não perguntei isso, né?", porque ela já sabe que a cirurgia é pra ela, é pra imagem corporal, não é pra agradar o outro. O arrependimento, aí às vezes você pergunta assim: "da última consulta a hoje aconteceu alguma coisa diferente?". "Doutor, eu quero continuar operando." Você pergunta assim: "você teve um ataque cardíaco?", "você quebrou o pé?". Você pergunta algo assim: "o que que aconteceu?". Aí ela vem com o discurso: "eu não arrependi, eu continuo igual.". "Eu continuo tomando hormônio.". Essa mentira é ótima, né? Muitas delas têm dificuldade pra conseguir hormônio e dizem que tomam porque parte da exigência pra cirurgia é a adesão ao tratamento hormonal e aí elas, nessa parte, mentem em coisas simples que a gente releva, a gente deixa. De relação social, elas falam que têm amigas, que saem, mas às vezes são sozinhas, têm depressão, mas não pode transparecer depressão, por exemplo, e aí assim com o tempo cai porque tem técnica pra saber se tá mentindo.* (entrevista com Giovani, 24 jun. 2010)

Inês, a psicóloga do PAIST, compartilha essa opinião:

> *Elas leem o livro, daí a mentira, né, porque em parte elas têm uma ideia de mulher que elas precisam passar pra nos convencer; é como se eu dissesse que o que eu sinto não fosse te convencer porque realmente é uma piração. Então, elas tentam nos transmitir ideias preconcebidas. Agora, o que fica evidente da mentira, por exemplo, é a vida sexual, então, elas, como têm essa ideia de que o travesti [sic.] só visa sexo, se você perguntar pra uma trans o que que ela acha de um travesti [sic.], ela vai dizer que o travesti [sic.] é como se fosse mundano, só pensa em trepar, promíscuo, e aí eu até falo pra elas que não é isso, como tem mulheres promíscuas, né? E é essa ideia que elas não querem pra elas, e outra coisa elas têm muita dificuldade de, assim, daquelas que se prostituem de falar que se prostituem. Não querem ser confundidas, quem não se prostitui com quem se prostitui.* (entrevista com Inês, 6 jun. 2010)

A solidificação desses "*slogans* identitários", como argumento no capítulo anterior, é, em grande parte, o produto dos processos intertextuais de (des)aprendizado durante os quais usuários/as do PAIST desenvolvem técnicas de si (a "mentira" é uma das principais) e incorporam os signos de identidade a eles/as fornecidos no desenvolvimento de histórias interacionais com a equipe do programa. Todavia, temos aí um paradoxo: a exigência de um laudo psiquiátrico atestando a transexualidade dos/as usuários/as os/as impele a se engajar, pelo menos dentro do consultório, em narrativas que se enquadram nos protocolos preconizados pela APA. Porém, a elaboração de uma performance

de transexualidade nos moldes do DSM (por mais impecável que seja), ao invés de performativamente incluí-las/os na classificação, dificulta a liberação do laudo na medida em que é percebida pelos/as profissionais da saúde como "mentira". Em vez de convencer a equipe da justeza do laudo psiquiátrico, esse discurso padronizado imposto pela exigência do diagnóstico apenas gera desconfiança. Tal desconfiança é mútua, como indica a entrevista com o urologista. Segundo ele, profissionais da saúde "são vistos como empecilhos" para que pessoas transexuais consigam o que querem dos serviços. A entrevista com Lívia citada anteriormente também nos dá subsídios para embasar esse argumento, pois, para ela, se apresentar ao psiquiatra "chorosa, de cabeça baixa e se fazendo de autista" é a forma mais rápida de convencer a equipe de que ela é um *transexual verdadeiro*.

O que à primeira vista pode ser compreendido como uma estratégia de resistência aos saberes médicos que patologizam essa experiência identitária é, na prática, um "acordo velado" entre profissionais da saúde e usuários/as dos programas de transgenitalização. Nesse sentido, a relação entre a equipe e os/as usuários/as é construída sobre performances cínicas (Goffman, 1959):[59] eu sei que você sabe que eu sei que você sabe que... E, com isso, *um jogo de gato e rato*, por assim dizer, se instaura. Interpretando as narrativas para as quais eles/as mesmos/as fornecem os recursos semióticos como "mentiras", os/as profissionais da saúde se engajarão na procura por incoerências nas histórias de vida a eles/as contadas, o que pode ocasionar uma rotina hospitalar ainda mais rígida e cansativa. Além disso, esse "discurso pronto" homogeneíza as vivências trans e impede que se elabore um atendimento eficazmente integral à saúde dos/as usuários/as, na medida em que, assim como qualquer indivíduo, pessoas transexuais podem sofrer de problemas de saúde. No entanto, a necessidade do diagnóstico impede, em diferentes graus, que pessoas transexuais transpareçam estar doentes às equipes médicas, já que muitos problemas de saúde (depressão, por exemplo) podem contraindicar as intervenções corporais.

Se, como defende Hacking (2007, 2013), os tipos de pessoas performativamente construídos pelas classificações científicas emergem do nexo entre um vetor descendente (as instituições médicas e seus sistemas de conhecimento/poder) e um ascendente (as pessoas transexuais e seus modos locais de vivenciar os processos de identificação), devemos entender esse "discurso pronto" como resultado de uma trajetória discursiva infecciosa (Brigss, 1998) mediada pelos critérios diagnósticos e pelas verdades da matriz de inteligibilidade de gênero que constrangem as ações tanto de usuários/as quanto das equipes multidisciplinares:

Agnes com Garfinkel com Stoller com Christine com Vitória com Rebeca com seu médico com Rita com Teresa com sua psicóloga com Bianca com Olavo com seu endocrinologista com Estela com Tâmara com Leopoldo com seu psiquiatra com Gilda com... Assim, o *script* de uma transexualidade *à la* DSM é dialógica e iterativamente forjado em sua repetição. Nesse contexto, o diagnóstico é em si uma mentira que funciona como dispositivo disparador das "mentiras" contadas por usuários/as e por profissionais da saúde em consultório.

Nesse cenário, a opinião do psiquiatra sobre o que o urologista e a psicóloga entendem por "mentira" é significativa.

> *Rodrigo, na minha experiência nunca peguei nada de mentira. Eles [Giovani e Inês] falam 'mentem' em que sentido assim? De coisas da vida deles assim? Comigo não é assim, não. Não sei se eles têm medo – todos falam pra mim que usaram hormônio antes, no dia que começa eu digo que não pode fazer mais nada sem a autorização, todos seguem e quando têm uma recaída falam.* (entrevista com Fernando, 5 jul. 2010)

Aqui devemos ressaltar que a função institucional do psiquiatra é referenciada no DSM-IV. Embora a construção desse discurso pronto seja tão facilmente percebida nas outras especialidades do programa, na psiquiatria, lócus principal dos critérios diagnósticos, ele parece invisível. A psiquiatria sempre foi a fonte principal de verdades sobre a transexualidade; ela, com ajuda de pessoas transexuais e seu discurso coibido pela necessidade de se enquadrar no arcabouço interpretativo das instituições classificadoras, retroalimentou essa visão plana e estática sobre as transexualidades e, assim, o "discurso pronto" que tanto preocupa Giovani e Inês parece se esvair nas consultas com Fernando. Para ele, os/as usuários/as não estão mais do que simplesmente confirmando as verdades que o DSM-IV preconiza.

No entanto, como imposto pelo art. 4º da resolução n. 1.955/2010 do CFM (2010: 109), "a seleção dos pacientes [sic.] para a cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação da equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social". Nesse sentido, convencer o psiquiatra não é suficiente, pois, embora ele seja animador do laudo, ele não é seu único responsável nem seu único autor, para usar termos goffmanianos.[60] A resistência que a elaboração de uma performance de transexualidade nos moldes do DSM poderia ter frente à psiquiatria se esvai quando apresentada para as outras especialidades que têm papel central na liberação do laudo.

Diante das performances narrativas elaboradas em consultório por Agnes, Vitória, Estela, Kátia, Márcia... vale perguntar: como podemos explicar as semelhanças entre suas experiências com a categoria psiquiátrica transexual? Mais de cinco décadas e dez mil quilômetros as separam; no entanto, vemos que elas compartilham muitos significados generificados e estratégias locais para negociação com os especialistas que as classificam e, dessa forma, suas interações com a classificação não a modificam; muito pelo contrário, ajudam-na a se manter, deixando claro o poder que o discurso médico tem de obliterar formas locais, contingentes, *leigas* de entendermos nossas corporalidades, identidades e os processos saúde-doença (embates de poder que a sequência I(RT)RA, discutida no capítulo anterior, faz explícitos).

Na racionalidade biomédica, essas semelhanças são explicadas como sintomas: não interessa a época ou lugar, se dois indivíduos sofrem da mesma enfermidade os sintomas serão semelhantes, reza a cartilha. Entretanto, se considerarmos a transexualidade não como uma patologia, mas, sim, como uma experiência identitária em conflito com as normas de gênero vigentes (Bento, 2008), devemos encarar essas semelhanças como produto de dinâmicas socioculturais específicas. O que aproxima Agnes, em um momento no qual se forjava a categoria psiquiátrica transexual, das/os usuárias/os do PAIST, em uma época quando já se sentem os efeitos materiais dessa classificação na forma da exigência de um diagnóstico psiquiátrico, é uma política narrativo-essencialista. Tal política é tributária de modelo expressivo da identidade que sustenta as ciências biológicas (Fausto-Sterling, 2000; Borba, 2014b); cartesianamente, esse modelo insiste que o que somos é somente um reflexo de uma essência interior que molda o que fazemos e dizemos independentemente do contexto histórico-social em que nos encontramos.

Essa política narrativa (e classificatória) emerge do nexo de pelo menos três vetores de significação que estão presentes no Processo Transexualizador (e também nas interações entre Agnes e Garfinkel, mas que ele ignora em sua discussão): as verdades sedimentadas sobre o que é um homem e uma mulher *de verdade* referenciadas no que Butler (2003) chama de matriz de inteligibilidade de gênero; o *status* de chancela ostentado pelos classificadores/diagnosticadores e as assimetrias interacionais produzidas por esse *status*; e o embate de poder entre sistemas de conhecimento médico e formas locais, contingentes e fragmentadas de se vivenciar as transexualidades. A necessidade de se apresentar como mulheres/homens *normais* diante de representantes institucionais que têm o poder de legitimar ou não a identidade que pessoas transexuais dizem

ter constrange suas ações sociais com profissionais da saúde, homogeneizando essa experiência identitária e, sobretudo, impedindo a construção de relações intersubjetivas baseadas em confiança mútua.

Em um momento em que se luta pela despatologização da transexualidade, a manutenção dessa política, como é frequente em nossos programas de transgenitalização, é perigosa, pois só faz mostrar, performativamente, às instâncias médicas uma realidade plana que, na vida social, é inexistente. De fato, as experiências de Vitória, Estela, Verônica, Kátia, Lívia, Érika, Márcia... mostram que a transexualidade é constituída por narrativas alternativas que poderiam abalar a classificação caso interagissem com ela.

Durante o trabalho de campo, dentro e fora do hospital, conheci pessoas transexuais que estabeleciam relações por vezes conflituosas com a classificação e outras que a mantinham. Vitória, por exemplo, se identificava como mulher transexual, mas não desejava se submeter às cirurgias de transgenitalização, queria apenas as modificações de caracteres sexuais secundários pelo uso de hormônios. Márcia, por sua vez, já havia realizado uma dezena de cirurgias plásticas (rinoplastia, contorno corporal, raspagem do pomo de adão etc.), tomava hormônios desde muito jovem, planejava ter sessões com uma fonoaudióloga para "afinar" a voz (que, na minha interpretação, já era bastante aguda) e desejava se submeter à cirurgia de redesignação, após a qual planejava casar "de véu e grinalda" com seu namorado, um homem cisgênero heterossexual.[61] Carmen e Roberta mantinham um relacionamento afetivo-sexual de dois anos quando as conheci, se identificavam como lésbicas, mas aderir ao Processo Transexualizador não estava nos planos de Roberta, que não queria realizar as cirurgias, pois "é muita dor, muito sangue, muita vulnerabilidade na mesa de cirurgia, Rodrigo" (notas de campo, 7 mar. 2010). Iolanda, uma profissional do sexo que se identificava como mulher transexual, afirmava: "eu adoro comer um boyzinho", o que causou o estranhamento de Márcia, que nos acompanhava na conversa. Iolanda era inclassificável até mesmo para outra pessoa transexual em virtude justamente da política narrativo-essencialista discutida anteriormente.

O que essas histórias sinalizam é a urgência política de se valorizar um modelo narrativo-performativo da transexualidade perante as instituições classificadoras, mostrando a elas, lá mesmo onde o cuidado à saúde se dá, que a vida social está muito à frente de suas classificações. Com efeito, em um nível mais macro para as políticas públicas de saúde, o movimento internacional *Stop Trans Pathologization* vem fazendo exatamente isso: ao mostrar à APA e à OMS que não existe uma transexualidade autêntica – mas, sim, múltiplas e contingentes

formas de ser transexual –, tal movimento tem angariado pequenos abalos nas crenças patologizantes dessas instituições, que vêm modificando seus manuais diagnósticos, mesmo que timidamente. No DSM-5, publicado recentemente, por exemplo, dedica-se um capítulo específico ao que agora chama de "Disforia de gênero", desvinculando-se a transexualidade dos transtornos de identidade de gênero e sexual, que figuram em um capítulo à parte. Em linha semelhante, após diversas intervenções de ativistas trans, a OMS publicou recentemente o rascunho para o CID-11 no qual retira o "transexualismo" do capítulo sobre transtornos mentais e comportamentais.[62] No novo capítulo 6 desse manual, que se intitula "Condições relacionadas à identidade sexual", não se encontram mais menções a transtornos psiquiátricos. O "transexualismo", se o rascunho for aprovado como está, passará a se chamar "incongruência de gênero", uma posição epistemológica que retira o caráter de doença mental e suas implicações identitárias.

Vemos, então, que as resistências elaboradas pelo movimento *Stop Trans Pathologization* têm tido algum efeito no nível macropolítico para o cuidado à saúde trans-específica na direção de humanizá-la. Assim, as mudanças nos manuais diagnósticos, se adotadas pelo MS, possibilitarão uma atenção à saúde centrada no indivíduo e suas variadas formas de se entender como pessoa transexual, fomentando, portanto, seu protagonismo no cuidado à sua saúde. O foco do cuidado seria no indivíduo e não na suposta doença, o que reconfiguraria as interações entre profissionais da saúde e usuários/as do Processo e possivelmente eliminaria a necessidade de se desaprender a ser para satisfazer as imposições biomédicas atuais do SUS. No nível mais micro do cuidado à saúde, os ganhos do ativismo internacional abrem caminhos para que se desenvolvam resistências ao modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* nos consultórios dos programas de transgenitalização, forçando mudanças de rumo nas trajetórias de socialização e desaprendizado de si estudadas aqui.

O modelo narrativo-performativo envolve a valorização de histórias locais que sublinhem as contingências dos processos de identificação e que rejeitem a homogeneização das vivências subjetivo-corporais de pessoas transexuais, investindo justamente nas ambiguidades da vida social generificada que, ao fim e ao cabo, constituem a todos/as nós, trans ou cis. Com isso, se evitaria a falácia de considerar as vivências transexuais como monolíticas e se mostraria às instâncias classificadoras *in situ* que a categoria psiquiátrica transexual é uma idealização: um produto paradigmático de sua época, lugar e língua de produção. Por fim, esse modelo poderia minar a classificação psiquiátrica a partir de

dentro, lá mesmo onde ela é produzida, e mostrar às instâncias classificadoras que a vida social está muito à frente de suas categorias, que pouco dialogam com a multiplicidade de idiossincrasias constitutivas das transexualidades e ignoram o caráter narrativo-performativo dos processos identificatórios.

6

Reaprendendo a Ver e Ouvir

Que a importância esteja no olhar,
não naquilo que olhas.
André Gide

Deleuze (1990), como vimos no capítulo 1, afirma que as relações de poder movimentadas por dispositivos e os assujeitamentos que engendram são constituídas no cruzamento de linhas de visibilidade e enunciação. Seguindo Foucault, Deleuze argumenta que dispositivos transformam indivíduos em determinados tipos institucionalmente reconhecíveis de sujeitos ao sedimentar sentidos que delimitam como tais indivíduos devem-se apresentar, conformar seus corpos e narrativas, como devem falar, se comportar para que sejam vistos como sujeitos. Os elementos dos dispositivos nos quais agimos demarcam o que se pode mostrar e como se deve ver ao mesmo tempo que limitam o que se pode falar e como se deve ouvir.

Para finalizar, utilizo as metáforas de visibilidade e dizibilidade propostas por Deleuze (1990) para discutir as contribuições deste trabalho. Argumento que tanto para a microanálise interacional de performances identitárias (linguística aplicada) quanto para as práticas de atenção à saúde trans-específica (Processo Transexualizador) esta investigação sugere um reaprendizado da forma de ver e ouvir – um redesenho das linhas de visibilidade e enunciação que constituem ambos os campos: no caso da linguística aplicada, o estudo da semiose entre eventos comunicativos apresentado aqui implica reaprender a investigar performances identitárias e sua produção semiótica; para o Processo Transexualizador, as dinâmicas de desaprendizado de si impostas pela necessidade de um diagnóstico psiquiátrico sinalizam para a urgência de se reaprender a cuidar da saúde de pessoas transexuais com base em significados locais e particulares no que diz

respeito a suas subjetividades e corporalidades e, assim, fomentar seu protagonismo nas políticas públicas destinadas para essa população (Geisler, 2015).

Como as análises desenvolvidas neste livro indicam, isso que chamamos de identidade é o produto pragmático de uma história de sedimentação de sentidos para certos recursos semióticos. A repetição local de tais recursos produz performativamente um efeito de coisa natural e a-histórica dentro de dispositivos que regulam sua utilização. Assim, o que entendemos por identidade não pode mais ser visto como uma propriedade essencial dos indivíduos, moldando *a priori* suas ações. A identidade, nesses termos, é melhor caracterizada como performance repetida de sistemas sígnicos que em sua reutilização contínua produz a aparência de essência. Em outras palavras, isso que entendemos por identidade é a "estilização repetida do corpo (...) no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, que se cristaliza no tempo para produzir uma aparência de substância" (Butler, 2003: 59).

Essa perspectiva performativa e semiótica da identidade tem tido relativa influência na linguística aplicada e nos estudos da linguagem em geral. Contudo, com seu foco em eventos discursivos (Hymes, 1972), na ordem interacional (Goffman, 2002a) ou na fala-em-interação (Schegloff, 2007) – momentos circunscritos de nossa ação social – tem-se deixado em segundo plano dois aspectos centrais da produção performativa de performances identitárias: a repetição e a emergência de uma aparência de substância. Nessa lógica, o estudo da semiose entre encontros comunicativos elaborado neste livro dá centralidade a esses aspectos ao salientar que performances identitárias emergem diacronicamente da conectividade entre diferentes eventos nos quais a linguagem desempenha papel central. A repetição da qual nos fala Butler (2003) se dá pela circulação de signos de identidade que intertextualmente ligam diferentes eventos comunicativos e gradualmente impingem em nossos corpos e narrativas efeitos materiais dos dispositivos, ou seja, técnicas de si que ligam um sujeito a si mesmo e a outros.

Nesse sentido, no que tange à microanálise interacional de performances identitárias, esta obra contribui para que reaprendamos a olhar nossos dados e, sobretudo, extrapolar suas fronteiras textuais ao focalizar sua produção semiótica no tempo, na história e nos âmbitos macrossociológico e macropolítico que sedimentam certas interpretações para os signos de identidade que estudamos. Assim, entender isso que chamamos de identidade como o efeito performativo emergente da conectividade de nossas performances corporais e discursivas traz pelo menos quatro implicações metodológico-analíticas para os estudos da linguagem.

Em primeiro lugar, se a identidade é o efeito de estilizações do/no corpo – o uso de linguagem, como ato corporal, está aí incluído (Butler, 1999; Pinto, 2007; Borba, 2014b) –, ela é o produto de práticas semióticas que significam esse corpo dentro de determinados campos semânticos que lhe conferem (ou não) inteligibilidade cultural. Na realidade, essa é a perspectiva defendida por Blommaert (2005: 207), para quem "as pessoas constroem identidades a partir de configurações específicas de recursos semióticos" que incluem não somente cores, roupas, cortes de cabelo e acessórios, mas também itens linguísticos.

Em segundo lugar, de acordo com Butler, a repetição constante dessas estilizações em nossas performances cotidianas é o que confere às identidades sua aparência de "classe natural de ser" (Butler, 2003: 59); a essência, nessa perspectiva, seria o efeito pragmático das sucessivas reutilizações de determinados recursos semióticos que em sua repetição garantem uma aparente coerência e inevitabilidade.

A terceira implicação: se o que entendemos por identidade é resultado do funcionamento de determinados dispositivos ou, nos termos de Butler (2003), de estruturas reguladoras, nossas performances semióticas adquirem significado não só dentro das urdiduras interacionais e/ou textuais locais, mas dependem de contextos históricos, sociais, culturais e políticos que extrapolam o contexto imediato de ação e o (in)formam em vários níveis, o que Pennycook (2010) chama de translocalidade. Em outras palavras, o que fazemos/dizemos aqui e agora está constrangido pela história que constitui as linhas de enunciação e visibilidade dos dispositivos e possibilitam nossas ações sociais.

Por último, a "aparência de substância" é, nesse sentido, um efeito local produzido por processos translocais. Se num evento comunicativo específico, participantes têm a impressão de que suas identidades são propriedades naturais (afinal, sempre estiveram lá!) e que suas ações derivam dessa essência, essa "substância" é produto de repetições de certos discursos, de uma história interacional que nem sempre está explícita no evento local, mas o constitui e fornece suas condições de possibilidade.

Embora a visão performativa da identidade tenha sido influente nos estudos da linguagem, seu foco analítico restrito às fronteiras de eventos comunicativos permite investigar somente um aspecto da produção de performances identitárias: a sincronicidade dos efeitos construídos localmente dentro dos limites temporais e geográficos dos dados analisados. O estudo das dinâmicas de desaprendizado de si engendradas no Processo Transexualizador permite ver que isso que chamamos de identidade não é simplesmente um fenômeno

sincrônico (e, por consequência, a-crônico). O efeito local de performances identitárias é produto da entextualização e da sedimentação de determinados sentidos para os recursos semióticos que usamos, o que se dá diacronicamente, não só na escala temporal mais longa e abrangente do que comumente chamamos de história (anos, décadas, séculos), mas também – e centralmente – no desenvolvimento de pequenas histórias interacionais, que podem levar meses, semanas ou alguns dias. Se quisermos investigar a forma como performances identitárias são produzidas, interpretadas e solidificadas a ponto de poder serem entendidas como uma propriedade natural dos indivíduos, é para o eixo temporal, diacrônico de sua constituição que devemos olhar, pois é nesse âmbito que técnicas de si gradualmente emergem e transformam um indivíduo em sujeito.

No que tange ao Processo Transexualizador, esse foco diacrônico sobre as dinâmicas de desaprendizado, local e temporário, das formas de vida que contradizem o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* legitimado pelo SUS salienta a emergência paulatina de uma performance narrativa que incorpore os recursos semióticos patologizantes disponibilizados pelo saber biomédico. Ao traçar, no desenvolvimento temporal de correntes discursivas, como uma narrativa de *transexual verdadeiro* se solidifica e, paradoxalmente, é interpretada como "mentira" pela equipe do PAIST, o estudo da semiose entre encontros comunicativos permite ver como o dispositivo da transexualidade insidiosamente oblitera os entendimentos locais e contingentes dos/as usuários/as sobre suas corporalidades e subjetividades, eclipsando sua agência e protagonismo sobre as decisões referentes às suas necessidades sanitárias. O diagnóstico de TIG acaba falando pelos/as usuários/as. Assim, o que se faz no Processo Transexualizador, tal como estipulado pela resolução do CFM e pelas portarias do MS, é transformar pessoas em *transexuais verdadeiros*; os serviços de transgenitalização, portanto, desencadeiam um processo transexualizador *de facto*.

Diante desse contexto, o ativismo internacional *Stop Trans Pathologization* vem defendendo que as pessoas transexuais tenham o direito de falar de si por si no que se refere ao seu cuidado em saúde – possibilidade que as dinâmicas de desaprendizagem impostas pela exigência de um diagnóstico eclipsam totalmente. E o que com este livro pretendi evidenciar, em uma época em que se luta pela despatologização das vivências trans, é que se faz necessário reaprender a cuidar da saúde desses indivíduos. Para isso, é imprescindível entender o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro* como uma idealização que encobre a plêiade de possibilidades de autodeterminação de gênero constituintes das variadas formas de ser transexual. Enxergar o *transexual verdadeiro*

nestes termos requer reaprender a ver estilísticas corporais e a ouvir narrativas que fissuram esse modelo universalizante, reconhecendo-as como legítimas.

A despatologização da transexualidade e a valorização dos saberes e experiências locais de pessoas transexuais não só facilitariam sua vida em programas como o PAIST, mas também possibilitariam relações de cuidado mais igualitárias baseadas em confiança mútua. Na prática, recentemente, o MS tem-se preocupado em desenhar protocolos de atendimento para os programas de transgenitalização com base na necessidade de se oferecer um serviço mais humanizado, como argumento no capítulo 1.

Tal reaprendizado do que significa ser uma pessoa transexual para o Processo Transexualizador forçaria a história da classificação a mudar sua trajetória, fomentaria a autonomia de usuários/as para falar de si por si e, assim, ao lhes dar voz, enfatizaria as múltiplas formas de ser uma pessoa transexual. Com isso, seria possível movimentar a "circulação de narrativas transexuais que tornem possíveis outras experiências da transexualidade" (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo, 2009). Com a abertura a outras estilísticas corporais e a outras narrativas, o Processo Transexualizador do SUS poderia virar um dos epicentros para a despatologização, o que também garantiria a humanização da atenção à saúde, na medida em que a partir dessas novas linhas de visibilidade e enunciação a percepção de que usuários/as transexuais mentem seria desafiada, e as equipes multidisciplinares dos programas de transgenitalização seriam confrontadas pela complexidade das vivências e das subjetividades trans, o que poderia promover a integralidade do cuidado.

Valendo-se do modelo narrativo-performativo de que trato no capítulo 5, pode-se mostrar às instâncias classificadoras que a transexualidade não passa de uma experiência identitária (como todas as outras) múltipla e fragmentada, produzida local, intertextual e cumulativamente em interações com profissionais da saúde, familiares, amigos/as e com sistemas de conhecimento que causam rupturas nas normas de gênero.

No Processo Transexualizador, reaprender a ver e a ouvir valorizaria a diversidade de experiências subjetivas e corporais que constitui as vivências transexuais. Em consultório, esse reaprendizado possibilitaria vislumbrar deslocamentos dos modelos biomédicos dominantes, que transformam pessoas em pacientes, em direção aos saberes, experiências e significados locais e múltiplos dos/as usuários/as, transformando, assim, pacientes em pessoas.

Notas

1 Para os propósitos deste livro, a expressão pessoas transexuais (e suas variantes, sujeitos e indivíduos transexuais) refere-se ao grupo de indivíduos que, *grosso modo*, se identificam com o gênero oposto àquele designado no nascimento e baseado na morfologia do sexo congênito. O termo visa ser inclusivo ao agregar mulheres transexuais e homens transexuais em suas variadas e contingentes relações com o gênero. Com isso, também se evita a essencialização da experiência implicada no uso de transexual como substantivo genérico. Vivenciar alguma forma de transexualidade é uma das qualidades desses indivíduos. Nesse sentido, Gomes de Jesus (2012) pontua que o uso do termo isoladamente "soa ofensivo", pois reduz a complexidade da experiência. Nessa mesma linha, utilizo o termo mulheres transexuais para me referir a pessoas transexuais que fazem a transição homem-para-mulher e homens transexuais para designar transição mulher-para-homem. Dessa forma, evidencia-se o gênero e não o sexo congênito dos indivíduos, como é corriqueiro em instâncias médicas (Bento, 2006).

2 Embora nos documentos brasileiros que regulamentam o Processo Transexualizador se considere o desejo de se submeter à cirurgia um critério diagnóstico central, o trabalho de campo mostrou que pessoas transexuais têm relações contingentes e multifacetadas com a cirurgia: muitos/as desejam fazê-la, outros/as tantos/as nem cogitam a possibilidade e estão satisfeitos/as com as modificações corporais adquiridas com hormonoterapia e alguns/mas outros/as afirmam que ainda estão por decidir sobre a realização dos procedimentos.

3 Não se pode afirmar, no entanto, que os critérios diagnósticos discutidos no capítulo 1 não encontrem ressonância na vida de muitas pessoas transexuais. O fato é que a classificação de transtorno de identidade de gênero do DSM-IV deve ser entendida como um produto paradigmático do período histórico de sua concepção (décadas de 1950 e 1970), durante o qual o endocrinologista Harry Benjamin e o psicanalista Robert Stoller separadamente construíram suas teses com base em histórias de vida de pessoas transexuais que, à época, sem um termo para expressar seus sentimentos de inadequação e sem uma rede de apoio, emulavam a performance de uma feminilidade clássica (Louro, 2010).

4 Utilizo o termo *transexual verdadeiro* em itálico e sempre no masculino como forma de enfatizar sua origem nos sistemas de saber que produzem a transexualidade como transtorno

mental. Nesse sentido, o uso do conceito com essa configuração pretende sublinhar seu caráter de diagnóstico baseado em idealizações sobre o que constitui uma transexualidade supostamente autêntica.

5 Em novembro de 2013, o MS publicou a portaria n. 2.803 que "redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde" (Brasil, 2013: 25). Apesar de em grande parte replicar os elementos das portarias de 2008, há diferenças dignas de nota: amplia o processo para travestis e autoriza a hormonoterapia para essas usuárias, modifica a idade mínima para uso de hormônios para 18 anos de idade (anteriormente esse tratamento só poderia ser iniciado aos 21) e aumenta o número de procedimentos cirúrgicos realizados pelo SUS para homens trans, mas mantém seu caráter experimental. Essa portaria, no entanto, não será alvo de discussão neste livro, pois privilegiarei os documentos que estavam vigentes durante a realização do trabalhado de campo, entre setembro de 2009 e outubro de 2010, e que, portanto, regimentavam as práticas de atenção à saúde de usuários/as trans e as atribuições das equipes de saúde multiprofissionais então.

6 Utilizo como referência a tradução para o português do DSM-IV (APA, 1994).

7 Anteriormente chamada de Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, em homenagem ao endocrinologista Harry Benjamin, defensor ferrenho das cirurgias de transgenitalização e autor do livro *The Transsexual Phenomenon* (Benjamin, 1999).

8 Não há tradução do SOC disponível em português e talvez por isso esse documento era o menos conhecido entre as pessoas transexuais que encontrei durante o trabalho de campo. No entanto, podemos ver ecos dele e dos padrões de tratamento defendidos por ele nas resoluções brasileiras.

9 Por motivos éticos, utilizo pseudônimos para me referir ao programa aqui investigado, ao hospital, aos/às profissionais da saúde, aos/às usuários/as transexuais que dele participavam e omito até mesmo a cidade onde o programa se situa.

10 Termo êmico utilizado no âmbito do SUS para se referir à população que utiliza seus serviços. No PAIST, aqui investigado, esse termo era usado com frequência para se referir às pessoas transexuais que o programa atendia.

11 Com a intensificação dos processos de medicalização da sociedade (Conrad, 2007) e a centralidade outorgada aos saberes médicos nos mais diversos âmbitos da vida social, o constrangimento das ações sociais, das corporalidades e das subjetividades pelos saberes/poderes médicos não se restringe às pessoas transexuais. Como ilustra a pesquisa de Oliveira (2014), somos todos/as, em diferentes graus, atravessados/as e constrangidos/as por tais discursos.

12 Embora mantenha o uso de termo identidade e, por vezes, o substitua por performances identitárias, o utilizo de forma crítica, desconfiando dos sentidos essencialistas que o perseguem. Identidade, aqui, não se refere a uma essência ou uma característica natural, psíquica que indivíduos têm, mas sim ao efeito pragmático coproduzido localmente por suas ações sociais, discursivas e corporais.

13 Todas as traduções dos textos em língua estrangeira citados são minhas.

14 Para uma discussão sobre raça como performance, ver Mello e Moita Lopes (2013).

15 Para mais considerações sobre a genealogia desse dispositivo, ver Bento (2006), Murta (2007), Lima (2011), Leite Jr. (2011), Almeida (2012) e Teixeira (2013).

16 Racionalidade se refere aos "conjuntos de prescrições calculadas e razoáveis que organizam instituições, distribuem espaços e regulamentam comportamentos; neste sentido, as racionalidades induzem uma série de efeitos sobre o real" (Avelino, 2010: 22).

17 Em uma conversa informal comigo, uma psiquiatra de um dos programas de transgenitalização brasileiros afirmava que esperava o dia em que seria descoberta a causa da transexualidade; tal feito poderia demorar, assim como a descoberta do bacilo de Koch demorou muitos anos, mas assim como o bacilo de Koch, algo semelhante seria a explicação para a transexualidade, segundo essa psiquiatra. Vemos aí a vertente biologista fundada por Benjamin em pleno funcionamento. Para outras tentativas frustradas de explicação biológica da transexualidade, ver Heath (2006).

18 De acordo com Gomes de Jesus (2012: 14), cisgênero é um "conceito guarda-chuva que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento". Embora ainda restrito a círculos acadêmicos e ativistas, o termo tem ganhado visibilidade. O *Oxford English Dictionary* (2015), um dos mais importantes e tradicionais da língua inglesa, incluiu o termo *cisgender* em sua versão mais recente e define-o como "Relacionado a (...) uma pessoa cujo sentimento de identidade pessoal corresponde com o gênero designado no nascimento" (Disponível em: <www.oxforddictionaries.com/pt/defini%C3%A7%C3%A3o/ingl%C3%AAs/cisgender?searchDictCode=all>. Acesso em: 9 dez. 2015.). Contudo, o dicionário português *on-line Priberam* oferece a seguinte definição: "relativo a ou que tem uma identidade de género idêntica àquela que foi atribuída à nascença, por oposição a transgénero" (Disponível em: <www.priberam.pt/DLPO/cisg%C3%AAnero>. Acesso em: 9 dez. 2015).

19 Embora a APA tenha publicado o DSM-5 em 2012, este texto não será discutido em detalhe nesta obra, pois à época do trabalho de campo, sua versão anterior, o DSM-IV-TR, estava em vigor e, assim, era utilizada como referência diagnóstica. Quando pertinente, apontarei diferenças entre essas versões do manual.

20 Outro fator que ilustra a construção social do DSM e os embates entre diferentes discursos e investimentos científicos que a movimentam é o poder e os interesses econômicos de indústrias farmacêuticas, que influenciam a inclusão ou eliminação de categorias nosológicas do manual. Sobre isso, ver Conrad (2007).

21 Embora a WPATH tenha publicado a sétima versão em 2011, esta discussão será guiada pelo SOC-6, de 2001, pois este era o documento em vigência durante o trabalho de campo.

22 O movimento se intitula *Stop Trans Pathologization 2012* por ter sido motivado pela revisão do DSM, cuja nova versão, o DSM-5, seria publicada naquele ano. Como já discutido, a APA manteve a categorização psiquiátrica, mas mudou o nome de "transtorno de identidade de gênero" para "disforia de gênero". O CID-11 tem data prevista para publicação em 2017 e, assim, as demandas do movimento ainda têm alguma possibilidade de serem ouvidas apesar de o CID tradicionalmente repetir o DSM em vez de contradizê-lo.

23 A França, por exemplo, em 2010 despatologizou a transexualidade, liberando sujeitos transexuais da tutela psiquiátrica para poder obter atendimento médico específico.

24 Documento que reúne os consensos da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre uma série de princípios legais que visam a fomentar a aplicação da Carta Internacional dos Direitos Humanos no que se refere à orientação sexual e à identidade de gênero. Pretende garantir a proteção dos direitos humanos às pessoas LGBTT.

25 Tal política foi instituída no SUS pela publicação da portaria n. 2.836 do MS, publicada no *Diário Oficial* em 1 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011).

26 Dois anos é o tempo mínimo de acompanhamento defendido pelo DSM-IV, CID-10 e SOC-6 e replicado na resolução do CFM e nas portarias do MS. O trabalho de campo permitiu notar que, após os dois anos exigidos para a liberação do laudo psiquiátrico que autoriza as cirurgias,

a espera pelos procedimentos cirúrgicos demora entre três e quatro anos no programa de transgenitalização aqui estudado. No DSM-5, no entanto, defende-se que a permanência da "disforia de gênero" deve ter no mínimo seis meses para que um/a candidato/a à cirurgia receba a autorização. Essa modificação ainda não foi absorvida no Processo Transexualizador brasileiro, na medida em que a portaria n. 2.803/2013 do MS, apesar de publicada após o DSM-5, mantém a obrigatoriedade de dois anos de acompanhamento.

27 A portaria n. 457/SAS/2008 define Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador como a "unidade hospitalar que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para realização do processo transexualizador e possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a esse tipo de atendimento" (Brasil, 2008b: 69).

28 Até a publicação dessas portarias, os hospitais que realizavam o atendimento a pessoas transexuais não recebiam custeio do SUS, tendo que utilizar seus próprios recursos financeiros.

29 A Secretaria de Atenção à Saúde considera a resolução do CFM como instância possibilitadora da portaria n. 457/SAS: "A Secretaria de Atenção à Saúde – Susbstituta, no uso de suas atribuições, (...) considerando a resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.652/2002, que autoriza a cirurgia de transgenitalização do tipo neoculpovulvoplastia como tratamento nos casos de transexualismo (...) aprovar na forma dos Anexos desta portaria, a seguir descritos, a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS" (Brasil, 2008b: 68-69). Vale ressaltar que a resolução n. 1.652/2002 foi revogada pela 1.707 em 2010 e, portanto, a substitui como normativa.

30 A prática, contudo, não segue necessariamente essa exigência, como demonstram Arán, Murta e Lionço (2009) e Murta (2011). O programa investigado aqui, o PAIST, por exemplo, à época do trabalho de campo não contava com a participação de um endocrinologista, o que forçava o cirurgião a cuidar do tratamento hormonal das/os participantes.

31 As consultas podem ser marcadas diretamente no hospital ou via *e-mail*. Em fevereiro de 2010, a agenda do PAIST para aquele ano já estava completa até dezembro, em virtude da grande procura por seus serviços.

32 As transcrições visam a capturar em forma escrita interações que ocorreram oralmente. Assim, as convenções utilizadas neste livro (Anexo A) pretendem dar conta de microfenomênos interacionais (por exemplo, pausas, falas sobrepostas, entonação, alongamentos de sons etc.) que têm consequências para a negociações de entendimento mútuo e de identidades entre interlocutores/as. Em tais transcrições, a fala é descrita tal como aconteceu, razão pela qual muitas vezes não aparece de acordo com a norma culta da língua escrita – por exemplo, verbos no infinitivo (falar, ir, dizer) perdem o som "r" final (falá, i, dizê). Para mais considerações sobre transcrições de interações, ver Ostermann e Meneghel (2012).

33 Embora o PAIST também atenda homens transexuais, "meninas" era utilizado como termo guarda-chuva. Isso se explica pela grande quantidade de mulheres transexuais no programa, que ultrapassa em muito o número de homens transexuais.

34 Em razão das dificuldades infraestruturais do hospital, não foi possível realizar gravações em vídeo.

35 Termo êmico usado para se referir a médicos/as que trabalhavam na equipe sob supervisão de Giovani, como parte de sua formação profissional.

36 Para uma discussão sobre linguística aplicada como ciência social, ver Moita Lopes (2006a).

37 Algumas consultas de acompanhamento pós-cirúrgico também foram gravadas, mas em virtude do recorte dado à pesquisa não foram incluídas no *corpus* utilizado para análise neste livro.

38 Na perspectiva foucaultiana, os dispositivos fornecem, eles mesmos, as ferramentas para sua própria contestação (Lima, 2014). Nesse sentido, como veremos no capítulo 5, indivíduos podem gestar técnicas de si que contestem, desde dentro, os efeitos assujeitadores dos dispositivos em suas vidas hodiernas.

39 A partir de uma visada etnometodológica, Speer (2010: 116) define passar (*passing*) como "fazer algo para ser considerado/a como alguém que se pretende ser. Nessa perspectiva, 'todo mundo' está passando: 'passar' é uma atividade em que nos engajamos como parte de nossas vidas cotidianas".

40 Utilizo o masculino gramatical genérico aqui, pois na pesquisa de Speer só participaram psiquiatras que se identificam como homens. Com efeito, a leitura dos dados dessa pesquisadora deixa entrever esses psiquiatras engajando-se em performances de masculinidade hegemônica, fazendo avaliações sexistas e heteronormativas sobre as performances de feminilidade/masculinidade das/os usuárias/os trans da clínica e perpetuando estereótipos do masculino e do feminino. Vemos, na prática, os psiquiatras dessa clínica corporificarem seu papel como "representante[s] da sociedade, da saúde e da conformidade com a realidade externa", como apregoava Stoller (1982: 80).

41 Recentemente, em alguns ramos da AC, tem havido uma maior flexibilidade com relação ao que se pode incluir como contexto nas análises de fala-em-interação (Ostermann & Kitizinger, 2012; Kitizinger, 2000; Ostermann & Meneghel, 2012; Sell, 2013).

42 Analistas da conversa definem o par adjacente como uma sequência de dois turnos de fala, produzidos por falantes diferentes, na qual o primeiro estabelece uma gama de possíveis ações para segui-lo (Schegloff, 1968; Pomerantz, 1984; Lau & Ostermann, 2005; Loder, Salimen & Müller, 2008), ou seja, perguntas projetam respostas, um convite produz um aceite ou uma recusa etc. Como as análises que seguem deixarão claro, o par adjacente é um contexto, talvez o mais micro disponível, para o desenvolvimento de dinâmicas de governo, pois, como explica Foucault (1982: 221), "governar (...) é estruturar o possível campo de ação dos outros". Nesse sentido, Rampton (2014) defende que o par adjacente fornece uma perspectiva analítica para investigarmos a "capilaridade microfísica do poder" (Foucault, 2013b).

43 As convenções de transcrição se encontram no Anexo A.

44 Tradução do termo inglês *footing* introduzido por Goffman em artigo publicado em 1979. Segundo este autor, o alinhamento se refere ao posicionamento, à postura, à projeção do "eu" na sua relação com o outro, consigo próprio e com o discurso sendo construído (Goffman, 2002b).

45 Contudo, Heritage (2010) desenvolve suas análises sobre interações em inglês norte-americano, língua na qual a estrutura sintática do turno tem papel fulcral para seu funcionamento como pergunta. No português brasileiro, como indica a pesquisa de Sell (2013), a curvatura prosódica do turno (entonação ascendente ou descendente) e sua posição sequencial na interação são tão importantes quanto a sintaxe para que sua função seja projetada.

46 Segundo Gumperz (2002), pistas de contextualização sinalizam como determinado encontro discursivo deve ser interpretado por aqueles/as nele envolvidos/as. Tais pistas podem ser linguísticas (como por exemplo, a entonação, os termos de endereçamento, trocas de códigos, organização de turnos de fala etc.) ou não linguísticas (como as alterações proxêmicas e de postura, um olhar, um movimento com a cabeça etc). Muitas vezes essas pistas acontecem em conjunto e auxiliam os/as participantes de uma interação a entender a interação na qual estão engajados/as.

47 É importante frisar que o MS transpõe para as portarias que regulamentam o Processo Transexualizador no SUS as exigências diagnósticas e de manuseio clínico estabelecidas

nas resoluções do CFM. Assim, salvo diferenças pontuais as portarias do MS são, em grande medida, um reflexo do poder do CFM para pautar a política pública de saúde brasileira.

48 Há, nesse sentido, um descompasso entre o que na prática acontece nos atendimentos de saúde mental do Processo e a posição despatologizante apregoada na "Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans" do Conselho Federal de Psicologia, publicada em 2013. Nesse documento, contrariando-se a posição biomédica patologizante do CFM, defende-se que "a transexualidade e a travestilidade não constituem condição psicopatológica, ainda que não reproduzam a concepção normativa de que deve haver uma coerência entre sexo biológico/gênero/desejo sexual" (CFP, 2013: 2). Seguindo essa lógica, se afirma que "é objetivo da assistência psicológica a promoção da qualidade de vida da pessoa por meio do acolhimento e do apoio, a partir da compreensão de que a transexualidade e outras vivências trans são algumas das múltiplas possibilidades de vivência da sexualidade humana" (CFP, 2013: 2). Vê-se que nesse documento a função avaliativa de profissionais da saúde mental imposta pela resolução do CFM é apagada, salientando-se, assim, seu papel no gerenciamento do cuidado à saúde e da promoção da qualidade de vida e não na identificação de um suposto transtorno mental.

49 Não tive acesso ao laudo de Kátia. No entanto, reproduzo aqui o documento de outra usuária, a quem agradeço por tê-lo disponibilizado. Independente da/o usuária/o, o texto do laudo que autoriza a cirurgia é sempre o mesmo. Quando alguém completa dois anos de atendimento, Fernando somente adiciona o nome social da/o usuária/o em um arquivo no computador de sua secretária, imprime e assina o documento.

50 Na análise da conversa, preferência, segundo Pomerantz (1984), se refere a uma organização escalonada entre ações alternativas em um par adjacente de turnos. Assim, por exemplo, um convite tem como resposta preferida um aceite e como resposta despreferida uma recusa. A preferência, segundo essa autora, não se refere a gostos ou decisões individuais, mas sim à forma como os turnos são sequencialmente organizados. Assim, no sistema interacional de tomada de turnos, as ações preferidas são aquelas apresentadas de forma direta, sem perturbações como, por exemplo, pausas e alongamentos de som ("Vamos ao cinema? Sim, vamos."). A ação despreferida é marcada na interação por pausas, hesitações, dentre outros fenômenos que indicam seu *status* como um turno inesperado e difícil de ser elaborado.

51 Inês foi a única profissional do PAIST que decidiu ficar responsável pelas gravações, escolhendo, assim, que consultas gravar e com que usuários/as. Embora somente quatro consultas com Verônica tenham sido gravadas, minhas notas de campo indicam que Verônica teve outras consultas com Inês nesse período de tempo (provavelmente dez em seis meses).

52 No jargão da análise da conversa, "reparo e correção são semelhantes, mas não são sinônimos. Correção é (...) entendida como a substituição de um item considerado 'errado' por outro considerado 'certo', independentemente de ter havido ou não uma interrupção na sequência das ações para a oferta de substituição de um item por outro. Já o reparo se caracteriza sobretudo pela identificação de um problema e por alguma (tentativa de) resolução do mesmo" (Loder, 2008: 97).

53 No PAIST, esses turnos terapêuticos assumem diversas formas. As mais frequentes são: "falar com o coração", "não tem resposta certa/errada", "diga o que você pensa/acha" etc.

54 No *corpus*, a I(RT)RA parece ser inexistente nas interações entre Inês e usuárias/os mais antigas/os do PAIST que corporificam o modelo metapragmático de *transexual verdadeiro*. No entanto, dada a abrangência dos dados, essa questão ainda merece uma investigação mais aprofundada.

55 Isso não significa que Inês e Fernando não se preocupassem com a qualidade dos sentimentos e dos processos de exclusão social dos/as usuários/as do PAIST. Muito pelo contrário: diferentes âmbitos da vida social, psíquica e emocional dos/as usuários/as eram terapeuticamente confrontados. Tanto o DSM quanto a resolução do CFM impõem como critério para a realização das cirurgias a inexistência de problemas psiquiátricos, como a depressão.

56 Travestis somente tiveram o atendimento em programas de transgenitalização vinculados ao Processo Transexualizador do SUS em 2013 quando da publicação da portaria n. 2.803 do MS, que redefine e amplia o Processo (Brasil, 2013).

57 Tanto Inês quanto Verônica usam o termo travesti com o masculino gramatical. Esse uso é contrário às escolhas linguísticas e políticas feitas por travestis. Como Borba e Ostermann (2007, 2008) explicam, o feminino gramatical é normalmente utilizado com referência ao substantivo travesti em um grupo de travestis profissionais do sexo no sul do Brasil – uma manipulação clara do sistema linguístico do português brasileiro para o qual a palavra travesti é um substantivo masculino. O uso do sintagma "a travesti" também foi verificado em outras regiões do país (Pelúcio, 2009). Borba e Ostermann (2007, 2008) argumentam ainda que, apesar dessa escolha, o masculino gramatical é utilizado em determinados contextos interacionais e servem funções identitárias bastante específicas, por exemplo, marcar o período da vida antes das modificações corporais e salvaguardar a imagem pública de travestis ao descreverem atitudes de outras travestis com as quais as falantes não se identificam.

58 Termo em francês equivalente a indiferença, descuido, desfaçatez, em português.

59 De acordo com Goffman (1959: 17-18), "o performer pode ser motivado a guiar a convicção de sua audiência somente como um meio para outros fins sem se preocupar com a impressão que sua audiência tem dele ou da situação. Quando um indivíduo não acredita em seu próprio papel e não se preocupa com as crenças de sua audiência, podemos chamá-lo de cínico, reservando o termo 'sincero' para indivíduos que acreditam na impressão criada por sua performance".

60 Goffman (2002b) fragmenta a categoria de falante/escritor em animador, autor e responsável. O animador é aquele que emite as palavras, "um corpo envolvido em uma atividade acústica". O autor é aquele que faz escolhas sobre o que falar/escrever. O responsável é aquele que assume as opiniões, crenças, valores e ideologias produzidas pelo que foi dito. Às vezes, um falante/escritor ocupa as três posições simultaneamente; por vezes, no entanto, os ocupantes dessas posições são difusos.

61 E, de fato, casou!

62 Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>. Acesso em: 13 jan. 2016.

Referências

AGHA, A. The social life of a cultural value. *Language and Communication*, 23(34): 231-273, 2003.

AGHA, A. Semiosis across encounters. *Journal of Linguistic Anthropology*, 15(1): 1-5, 2005.

AGHA, A. *Language and Social Relations*. Cambridge: CUP, 2007.

ALMEIDA, G. "Homens trans": novos matizes na aquarela das masculinidades? *Revista de Estudos Feministas*, 20(2): 513-523, 2012.

ARÁN, M. Transexualismo e cirurgia de transgenitalização: biopoder/biopolítica. *Série Anis*, 39: 1-4, 2005.

ARÁN, M. A Transexualidade e a gramática normativa dos sistemas de sexo-gênero. *Ágora*, IX(1): 49-63, 2006.

ARÁN, M. & LIONÇO, T. Mudança de sexo: uma questão de justiça para saúde. *Série Anis*, 1: 1-3, 2008.

ARÁN, M.; MURTA, D. & LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14: 1.141-1.149, 2009.

ARÁN, M. *et al*. Transexualidade e saúde pública: acúmulos consensuais e propostas para a atenção integral, 2008. Disponível em: <www.ims.uerj.br/transexualidadesaude/artigos/artigo005.pdf>. Acesso em: 14 maio 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais*. 4. ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). Gender Dysphoria Fact Sheet, 2013. Disponível em: <www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

AVELINO, N. Foucault e a arqueologia dos saberes. *In*: FOUCAULT, M. *O Governo dos Vivos*. São Paulo, Rio de Janeiro: Centro de Cultura Social, Achiamé, 2010.

ÁVILA, S. "Você vira um freak show": fragmentos de um documentário escrito. *Gênero*, 12: 109-130, 2012.

BAKHTIN, M. *Estética da Criação Verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BARROS II, J. R. Técnicas de si nos textos de Michel Foucault: a influência do poder pastoral. *Cadernos IHU Ideias*, 173: 3-18, 2012.

BAUMAN, R. *Story, Performance, and Event: contextual studies of oral narratives.* New York: CUP, 1986.

BAUMAN, R. *A World of Others`s Words: cross-cultural perspectives on intertextuality.* Oxford: Blackwell, 2004.

BAUMAN, R. Indirect indexicality, identity, performance: dialogic observations. *Journal of Linguistic Anthropology*, 15: 145-150, 2005.

BAUMAN, R. & BRIGGS, C. Poetics and performance as critical perspectives on language and social life. *Annual Review of Anthropology*, 19: 59-88, 1990.

BENEDETTI, M. *Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis.* Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENJAMIN, H. Transexualismo e travestismo. *In*: CAPRIO, F. (Ed.). *Tudo sobre Sexo.* São Paulo: Imbrasa, 1953/1965.

BENJAMIN, H. Eu quero mudar meu sexo! *In*: CAPRIO, F. (Ed.). *Tudo sobre Sexo.* São Paulo: Imbrasa, 1954/1966.

BENJAMIN, H. *The Transsexual Phenomenon* [1966]. Dusseldorf: Symposium Publishing, 1999.

BENTO, B. *A Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.* Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, B. *O que é Transexualidade?* São Paulo: Brasiliense, 2008.

BENTO, B. Carta desabafo, 2012. Disponível em: <www.abeh.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=117:pesquisadora-critica-reuniao-sobre-o-processo-transexualizador&catid=38:publicacoes>. Acesso em: 10 maio 2014.

BESNIER, N. Crossing gender, mixing languages: The linguistic construction of transgenderism in Tonga. *In*: HOLMES, J. & MEYERHOFF, M. (Eds.). *Handbook of Language and Gender*. Oxford: Blackwell, 2003.

BILLIG, M. Conversation analysis and the claims of naivety. *Discourse and Society*, 10(4): 572-576, 1999.

BLOMMAERT, J. *Discourse.* Cambridge: CUP, 2005.

BLOMMAERT, J. *The Sociolinguistics of Globalization.* Cambridge: CUP, 2010.

BLOMMAERT, J. & JIE, D. *Ethnographic Fieldwork: a beginners`guide*. Bristol: Multingual Matters, 2010.

BORBA, R. Discurso e (Trans)Identidade: interação, intersubjetividade e acesso à prevenção de DST/Aids entre travestis. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 9(2): 441-473, 2009.

BORBA, R. Intertext(sex)ualidade: a construção discursiva de identidades na prevenção de DST/Aids entre travestis. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 49: 21-37, 2010.

BORBA, R. Travestis, (trans)masculinidade e narrativas orais: reconstruções da travestilidade. *Bagoas: Revista de Estudos Gays*, 6: 181-210, 2011.

BORBA, R. Linguística Aplicada e atenção à saúde de transgêneros: interação, identidades e prevenção de DST/Aids. *In*: SILVA, E. A. (Org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012.

BORBA, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 17: 66-97, 2014a.

BORBA, R. A linguagem importa? Performance, performatividade e peregrinações conceituais. *Cadernos Pagu*, 43: 441-474, 2014b.

BORBA, R. Imported textualities and rehearsed narratives at a Brazilian gender identity clinic. *Gender and Language*, no prelo.

BORBA, R. & OSTERMANN, A. Do bodies matter? Travestis' embodiment of (trans) gender identity through the manipulation of the Brazilian Portuguese grammatical gender system. *Gender and Language*, 1: 131-147, 2007.

BORBA, R. & OSTERMANN, A. Gênero ilimitado: a construção discursiva da identidade travesti através da manipulação do sistema de gênero gramatical. *Revista Estudos Feministas*, 16: 409-432, 2008.

BOYD, E. & HERITAGE, J. Taking the patient's medical history: questioning during comprehensive history taking. *In*: HERITAGE, J. & MAYNARD, D. (Eds.). *Communication in Medical Care: interactions between primary care physicians and patients*. Cambridge: CUP, 2006.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1707/GM, de 18 ago. 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2008a. Seção 1, n. 159, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 157/SAS, de 19 ago. 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2008b. Seção 1, n. 160, p. 68-72.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.836 de 1 dez. 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Seção 1, n. 231, p. 35-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.803 de 19 nov. 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2013. Seção 1, n. 226, p. 25-30.

BRIGGS, C. Notes on a 'confession': on the construction of gender, sexuality, and violence in an infanticide case. *Pragmatics*, 7(4): 519-546, 1998.

BRIGGS, C. Communicability, racial discourse and disease. *Annual Review of Anthropology*, 34: 269-291, 2005.

BUCHOLTZ, M. & HALL, K. Identity and interaction. *Discourse Studies*, 7(4-5): 585-614, 2005.

BUCHOLTZ, M. & HALL, K. Locating identity in language. *In*: LLAMAS, C. & WATT, D. (Eds.). *Language and Identities*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2010.

BUTLER, J. *Bodies that Matter: on the discursive limits of 'sex'*. New York: Routledge, 1993.

BUTLER, J. Preface. *In*: BUTLER, J. *Gender Trouble: feminism and the subversion of identity.* New York: Routledge, 1999.

BUTLER, J. *Problemas de Gênero: feminismo e a subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMARGO JR., K. A biomedicina. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 7(1): 45-68, 1997.

CAMERON, D. Performing gender identity: young men's talk and the construction of heterosexual masculinity. *In*: JOHNSON, S. & MEINHOF, U. (Eds.). *Language and Masculinity*. Oxford: Blackwell, 1997.

CAMERON, D. & KULICK, D. *Language and Sexuality*. Cambridge: CUP, 2003.

CASTEL, P. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual" (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, 21(41): 77-111, 2001.

CHILAND, C. *O Transexualismo*. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

COLL-PLANAS, G. Introducción. *In*: MISSÉ, M. & COLL-PLANAS, G. (Orgs.). *El Género Desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales, 2010.

CONRAD, P. *The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução 1.955 de 18 ago. 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2010. Seção 1, n. 170, p. 109-110.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Protocolo número 1.529/79. Disponível em: <www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3_1980.htm>. Acesso em: 15 maio 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.

COUPLAND, N.; GARRET, P. & WILLIAMS, A. Narrative demands, cultural performance and evaluation: teenage boys' stories for their age-peers. *In*: THORNBORROW, J. & COATES, J. (Eds.). *The Sociolinguistics of Narrative*. Amsterdam: John Benjamin Publishing, 2005.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? *In*: DELEUZE, G. *Michel Foucault, Filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990.

DENZIN, N. Harold and Agnes: a feminist narrative undoing. *Sociological Theory*, 8(2): 199-206, 1990.

DREW, P. & HERITAGE, J. Analysing talk at work: an introduction. *In*: DREW, P. & HERITAGE, J. (Eds.). *Talk at Work: interaction in institutional settings*. New York: CUP, 1992.

DREYFUS, H. & RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

EHRLICH, S. & FREED, A. The function of questions in institutional discourse: an introduction. *In*: FREED, A. & EHRLICH, S. (Eds.). *Why do You Ask? The function of questions in institutional discourse*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

FABRÍCIO, B. F. Co-participação tático-reflexiva: formas de (inter)ação na sala de aula de LE com potencial democrático. *Calidoscópio*, 5: 125-138, 2007.

FABRÍCIO, B. F. Trajectories of socialization in school *transcontexts*: discourse journeys on gender and sexuality. Working Papers on Urban Languages and Literacies. *King`s College*, 2012. Disponível em <www.kcl.ac.uk/sspp/departments/education/research/ldc/publications/workingpapers/Full-WP94-Fabricio-2012-Trajectories-of-socialization.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2014.

FABRÍCIO, B. F. A 'outridade lusófona' em tempos de globalização: identidade cultural como potencial semiótico. *In*: MOITA LOPES, L. P. (Org.). *Português no Século XXI: cenário geopolítico e sociolinguístico*. São Paulo: Parábola, 2013.

FABRÍCIO, B. & MOITA LOPES, L. P. A dinâmica dos (re)posicionamentos de sexualidade em práticas de letramento escolar. *In*: MOITA LOPES, L. P. & BASTOS, L. (Org.). *Para Além da Identidade: fluxos, movimentos e trânsitos*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

FAUSTO-STERLING, A. *Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books, 2000.

FOUCAULT, M. The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-195, 1982.

FOUCAULT, M. Technologies of the self. *In*: HUTTON, P. H.; GUTMAN, H. & MARTIN, L. H. (Eds.). *Technologies of the Self: a seminar with Michel Foucault*. Anherst: The University of Massachusetts Press, 1988.

FOUCAULT, M. Verdade e subjetividade. *Revista de Comunicação e Linguagem*, 1(19): 203-223, 1993.

FOUCAULT, M. *Resumo dos Cursos do College de France – 1970-1982*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: o uso dos prazeres*. v. II. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica.* 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001a.

FOUCAULT, M. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001b.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. v. I. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FOUCAULT, M. *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FOUCAULT, M. *O Governo dos Vivos: curso no Collège de France, 1979-1980*. São Paulo: Centro de Cultural Social, 2009.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, H. & RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: o cuidado de si*. v. III. Rio de Janeiro: Graal, 2011a.

FOUCAULT, M. *A Coragem da Verdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2011b.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 39. ed. São Paulo: Vozes, 2011c.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 27. ed. São Paulo: Graal, 2013a.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In:* FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 27. ed. São Paulo: Graal, 2013b.

FREED, A. & EHRLICH, S. (Eds.). *Why do You Ask? The function of questions in institutional discourse*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

GARCEZ, P. A organização da fala-em-interação na sala de aula: controle social, reprodução de conhecimento, construção conjunta de conhecimento. *Calidoscópio*, 4(1): 66-80, 2006.

GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomedothology.* Malden: Blackwell Publishing, 1967.

GEE, J. P. *Introduction to Discourse Analysis: theory and practice*. New York: Routledge, 1999.

GEISLER, A. (Org.). *Protagonismo Trans: política, direito e saúde na perspectiva da integralidade*. Niteroi: Alternativa, 2015.

GOFFMAN, E. *The Presentation of Self in Everyday Life.* New York: Anchor Books, 1959.

GOFFMAN, E. *Frame Analysis: an essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press, 1974.

GOFFMAN, E. A situação negligenciada. *In*: RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. M. (Orgs.). *Sociolinguística Interacional*. São Paulo: Edições Loyola, 2002a.

GOFFMAN, E. Footing. RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. M. (Orgs.). *Sociolinguística Interacional*. São Paulo: Edições Loyola, 2002b.

GOMES DE JESUS, J. *Orientações sobre Identidade de Gênero: conceitos e termos*. 1. ed. Goiânia: Sertão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade/ UFG, 2012.

GUIMARAES, T. *Os Efeitos dos Letramentos Digitais na Construção Indenitária dos Sujeitos Sociais*, 2014. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa Interdisciplinar de Linguística Aplicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GUMPERZ, J. Convenções de contextualização. *In*: RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. (Orgs.). *Sociolinguística Interacional*. São Paulo: Loyola, 2002.

HACKING, I. Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3): 277-302, 2004.

HACKING, I. Kinds of people: moving targets. *Proceedings of the British Academy*, 151: 285-318, 2007.

HACKING, I. Construindo tipos: o caso de abusos contra crianças. *Cadernos Pagu*, 40(1): 7-66, 2013.

HAK, T. "Text" and "con-text": talk bias in studies of health care work. *In*: SARANGI, S. & ROBERTS, C. (Eds.). *Talk, Work and Institutional Order: discourse in medical, mediation and management settings.* New York: Mouton de Gruyter, 1999.

HAUSMAN, B. *Changing Sex: transsexualism, technology and the idea of gender*. Durham: Duke University Press, 1995.

HEATH, R. A. *The Praeger Handbook of Transsexuality: changing gender to match mindset*. New York: Greenwood, 2006.

HERITAGE, J. The limits of questioning: negative interrogatives and hostile question content. *Journal of Pragmatics*, 34: 1.427-1.446, 2002.

HERITAGE, J. Questioning in medicine. *In*: FREED, A. & EHRLICH, S. (Eds.). *Why do You Ask? The function of questions in institutional discourse*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

HERITAGE, J. & RAYMOND, G. The terms of agreement: indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly*, 68(1): 15-38, 2005.

HERITAGE, J. & WATSON, D. Formulations and conversational objects. *In*: PSATHAS, G. *Everyday Language*. New York: Irvington Press, 1979.

HERSFELD, M. National spirit or the breath of nature? The expropriation of folk positivism in the discourse of Greek nationalism. *In*: SILVERSTEIN, M. & URBAN, G. (Eds.). *Natural History of Discourse.* Chicago: Chicago University Press, 1996.

HIRD, M. For a sociology of transsexualism. *Sociology*, 36(3): 577-595, 2002.

HOLMES, J. & CHILES, T. "Is that right?" questions and questioning as control devices in the workplace. *In*: FREED, A. & EHRLICH, S. (Eds.). *Why do You Ask? The function of questions in institutional discourse*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

HYMES, D. Models for the interaction of language and social life. *In*: GUMPERZ, J. & HYMES, D. (Eds.). *Directions in Sociolinguistics: the ethnography of communication*. New York: Holt, Rinehart, Winston, 1972.

JEFFERSON, G. Glossary of Transcript Symbols with an Introduction. *In*: LERNER, G. (Ed.). *Conversation Analysis: studies from the first generation.* Amsterdam: John Benjamins, 2004.

JEFFREY, R. & HERITAGE, J. Physicians opening questions and patients' satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 60: 279-285, 2006.

JOHNSTONE, B. Locating language in identity. *In*: LLAMAS, C. & WATT, D. (Eds.). *Language and Identities*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2010.

KENDALL, S. The Balancing Act: framing gendered parental identities at dinnertime. *Language in Society*, 37(4): 539-568, 2008.

KITIZINGER, C. Doing feminist conversation analysis. *Feminism and Psychology*, 10: 163-193, 2000.

KOSHIK, I. Wh-questions used as challenges. *Discourse Studies*, 5(1): 51-77, 2003.

KOSHIK, I. Questions that convey information in teacher-student conferences. *In*: FREED, A. & EHRLICH, S. (Eds.). *Why do You Ask? The function of questions in institutional discourse*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

KULICK, D. *Travesti: sex, gender, and culture among Brazilian transgendered prostitutes.* Chicago: The University of Chicago Press, 1998.

LABOV, W. & WALETSKY, J. Narrative analysis: oral versions of personal experience. *In*: HELM, J. (Ed.). *Essays on the Verbal and Visual Arts*. Seattle: University of Washington Press, 1967.

LANGELLIER, K. 'You're Marked': breast cancer, tattoo, and the narrative performance of identity. *In*: BROCKMEIER, J. & CARBAUGH, D. (Eds.). *Narrative and Identity: studies in autobiography, self, and culture*. Amsterdam: John Benjamins, 2001.

LAU, C. & OSTERMANN, A. C. As interações no telemarketing ativo de cartão de crédito: da oferta velada à rejeição. *Alfa*, 49/2: 65-88, 2005.

LAUB, D. & GANDY, P. *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome.* Stanford: Division of Reconstructive and Rehabilitation Surgery, Stanford Medical Center, 1973.

LEITE, JR., J. *Nossos Corpos Também Mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico*. São Paulo: Annablume, 2011.

LIMA, F. *A Construção do Dispositivo da Transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans*, 2010. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Saúde Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, F. A invenção do dispositivo da transexualidade: produções de verdade e experiências trans. *Em Pauta*, 9(28): 117-130, 2011.

LIMA, F. *Corpos, Gêneros, Sexualidade: políticas de subjetivação.* 2. ed. rev. atual. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Textos Reunidos)

LODER, L. Noções fundamentais: a organização do reparo. *In*: LODER, L. & JUNG, N. *Fala-em-interação Social: introdução à análise da conversa etnometodológica*. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

LODER, L.; SALIMEN, P. & MÜLLER, M. Noções fundamentais: sequencialidade, adjacência e preferência. *In*: LODER, L. & JUNG, N. M. (Orgs.). *Fala-em-interação Social: introdução à análise da conversa etnometodológica*. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

LOURO, G. L. Viajantes Pós-modernos II. *In*: MOITA LOPES, L. P. & BASTOS, L. (Orgs.). *Para Além da Identidade: fluxos, movimentos e trânsitos*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

MARTÍNEZ-GUZMÁN, A. & ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. La fabricación del transtorno de identidad sexual. *Discurso & Sociedad*, 4(1): 30-51, 2010.

MARYNS, K. *The Asylum Speaker: language in the Belgium asylum procedure*. Manchester: St. Jerome Publishing, 2006.

MASON-SCHROCK, D. Transsexuals` narrative construction of the "true self". *Social Psychology Quarterly*, 59(3): 176-192, 1996.

MATOESIAN, G. & COLDREN JR., J. Language and bodily conduct in focus groups evaluations of legal policy. *Discourse & Society*, 13(4): 469-493, 2002.

McDONOUGH, J. & McDONOUGH, S. *Research Methods for English Language Teachers.* London: Arnold, 1997.

MEHAN, H. *Learning Lessons*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.

MEHAN, H. The construction of an LD student: a case study in the politics of representation. *In*: SILVERSTEIN, M. & URBAN, G. (Eds.). *Natural History of Discourse.* Chicago: University of Chicago Press, 1996.

MELO, G. & MOITA LOPES, L. P. As performances discursivo-identitárias de mulheres negras em uma comunidade do Orkut. *Delta – Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada*, 29: 237-265, 2013.

MEYEROWITZ, J. *How Sex Changed*. Cambridge: Harvard University Press, 2004.

MISHLER, E. *The Discourse of Medicine: dialectics of medical interviews*. Harvard: Greenwood, 1984.

MISSÉ, M. & COLL-PLANAS, G. (Orgs.). *El Género Desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales, 2010.

MOITA LOPES, L. P. Uma linguística aplicada mestiça e ideológica. *In*: MOITA LOPES, L. P. (Org.). *Por uma Linguística Aplicada Indisciplinar.* São Paulo: Parábola, 2006a.

MOITA LOPES, L. P. On being white, heterosexual and male in a Brazilian school: multiple positionings in oral narratives. *In*: DE FINA, A.; SCHIFFRIN, D. & BAMBERG, M. (Eds.). *Discourse and Identity*. Cambridge: CUP, 2006b.

MOITA LOPES, L. P. Gêneros e sexualidades nas práticas discursivas contemporâneas: desafios em tempos Queer. *In*: PÁDUA, A. (Org.). *Identidades de Gênero e Práticas Discursivas*. Campina Grande: Editora da Universidade Estadual da Paraíba, 2008.

MOITA LOPES, L. P. A performance narrativa do jogador Ronaldo como um fenômeno sexual em um jornal carioca: multimodalidade, posicionamento e iconicidade. *Revista da Anpoll*, 27: 129-160, 2009.

MOITA LOPES, L. P. Linguística Aplicada como lugar de construir verdades contingentes: sexualidades, ética e política. *Gragoatá*, 27: 33-50, 2010.

MOITA LOPES, L. P. Ideology in research methodology. *In*: CHAPELLE, C. (Ed.). *The Encyclopedia of Applied Linguistics.* New York: Willey Blackwell, 2012.

MOITA LOPES, L. P. & FABRÍCIO, B. Desestabilizações queer na sala de aula: táticas de guerrilha e a compreensão da natureza performativa dos gêneros e das sexualidades. *In*: PINTO, J. P. & FABRÍCIO, B. (Orgs.). *Exclusão Social e Microresistências: a centralidade das práticas discursivo-identitárias*. Goiânia: Canone Editorial, 2013.

MURTA, D. *A Psiquiatrização da Transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero sobre as práticas de saúde*, 2007. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MURTA, D. *Os Desafios da Despatologização da Transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*, 2011. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NEWMAN, L. Transgender issues. *In*: USSHER, J. (Ed.). *Women's Health: contemporary international perspectives*. Leicester: BPS Books, 2000.

OLIVEIRA, R. *Performances Discursivas de Artríticos/as Reumatoides nos Domínios Online: a redefinição das sociabilidades ditas doentes*, 2014. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa Interdisciplinar de Linguística Aplicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. ed. 1992. Disponível em <http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10-f/f640/transexualismo>. Acesso em 05 de maio de 2014.

OSTERMANN, A. Gênero, violência e sexualidade: uma investigação sociolinguística interacional dos atendimentos à saúde da mulher. *Projeto CNPq*. São Leopoldo: Unisinos, 2005.

OSTERMANN, A. C. & KITIZINGER, C. Feminist conversation analysis and applied conversation analysis. *Calidoscópio*, 10: 239-244, 2012.

OSTERMANN, A. C. & MENEGHEL, S. (Orgs.). *Humanização, Gênero, Poder: contribuição dos estudos de fala-em-interação para a atenção em saúde*. Rio de Janeiro, Campinas: Editora Fiocruz, Mercado de Letras, 2012.

OSTERMANN, A. C. & RUY, R. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. *In*: OSTERMANN, A. C. & MENEGHEL, S. (Orgs.). *Humanização, Gênero, Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Rio de Janeiro, Campinas: Editora Fiocruz, Mercado de Letras, 2012.

OSTERMANN, A. C. & SILVA, C. A formulação explicitando a compreensão mútua entre médico e paciente: uma forma de humanizar os atendimentos. *In*: OSTERMANN, A. C. & MENEGHEL, S. (Orgs.). *Humanização, Gênero, Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Rio de Janeiro, Campinas: Editora Fiocruz, Mercado de Letras, 2012.

OSTERMANN, A. C. & SOUZA, J. As contribuições da análise da conversa para os estudos sobre cuidado em saúde: reflexões a partir da atribuições feitas por pacientes. *Cadernos de Saúde Pública*, 25: 11-34, 2009.

PELÚCIO, L. *Abjeção e Desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de Aids*. São Paulo: Annablume, 2009.

PENNYCOOK, A. *Global Englishes and Transcultural Flows.* London, New York: Routledge, 2007.

PENNYCOOK, A. *Language as a Local Practice.* London: Routledge, 2010.

PINTO, J. P. Conexões teóricas entre performatividade, corpo e identidades. *Delta – Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada*, 23: 1-26, 2007.

POMERANTZ, A. Agreeing and disagreeeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. *In*: ATKINSON, J. M. & HERITAGE, J. (Orgs.). *Structures of social action.* Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

POMERANTZ, A. Extreme case formulations: a way for legitimizing claims. *Human Studies*, 9: 219-229, 1986.

PRECIADO, B. *Manifesto Contrassexual*. São Paulo: N-1 edições, 2015.

PROSSER, J. *Second Skins: the body narratives of transsexuality*. New York: Columbia University Press, 1998.

RABINOW, P. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

RABY, R. Re-configuring Agnes: the telling of a transexual`s story. *Torquere – Journal of the Canadian Lesbian and Gay Studies Association*, 2: 18-35, 2000.

RAMPTON, B. Continuidade e mudança nas visões de sociedade em Linguística Aplicada. *In*: MOITA LOPES, L. P. (Org.). *Por uma Lingüística Aplicada Indisciplinar*. São Paulo: Parábola Editorial, 2006a.

RAMPTON, B. *Language in Late Modernity: interaction in an urban school.* New York: CUP, 2006b.

RAMPTON, B. Gumperz and governmentality in the 21st century: interaction, power, and subjectivity. *Working Papers in Urban Language and Literacies*, 136: 1-17, 2014.

RAMPTON, B. *et al*. UK linguistic ethnography: a discussion paper. *UK Linguistic Ethnography Forum*, 2004. Disponível em: <www.ling-ethnog.org.uk/documents/discussion_paper_jan_05.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2013.

RAMSEY, G. *Transexuais: perguntas e respostas*. São Paulo: Edições LGS, 1998.

RAYMOND, G. Grammar and social organization: yes/no type interrogatives and the structure of responding. *American Sociological Review*, 68: 939-966, 2003.

RAYMOND, G. Grammar and social relations: alternative forms of yes/no-type initiating actions in health visitor interactions. *In*: FREED, A. & EHRLICH, S. (Eds.). *Why do You Ask? The function of questions in institutional discourse*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

RED LATINOAMERICANA DE HOMBRES TRANS EM EL ATIVISMO. Campaña internacional de despatologización de la transexualidad, 2009. Disponível em: <www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=3298>. Acesso em: 10 maio 2014.

RED POR LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS DEL ESTADO ESPAÑOL. *Guía de Buenas Prácticas para la Atención Sanitária a Personas Trans em el Marco del Sistema Nacional de Salud*. Barcelona: Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2010. Disponível em: <www.stp2012.info/STP-propuesta-sanidad.pdf>. Acesso em: 07 maio 2014.

RIBEIRO, B. T. *Coherence in Psychotic Discourse*. New York: Oxford University Press, 1994.

ROGERS, M. They all were passing. *Gender and Society*, 6(2): 169-191, 1992.

RUBIN, H. *Self-made Men: identity and embodiment among transsexual men*. Nashville:Vanderbilt University Press, 2003.

RUSSO, J. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. *In*: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F. & CARRARA, S. (Orgs.). *Sexualidades e Saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SACKS, H. Everyone has to lie. *In*: SANCHES, M. & BLOUNT, B. (Eds.). *Sociocultural Dimensions of Language Use.* New York: Academic Press, 1975.

SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. & JEFFERSON, G. A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*, 50(4): 696-735, 1974.

SARANGI, S. & ROBERTS, C. Introduction: the dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. *In*: SARANGI, S. & ROBERTS, C. (Eds.). Talk, Work and Institutional Order: discourse in medical, mediation and management settings. New York: Mouton de Gruyter, 1999.

SARBIN, T. On the futility of psychiatric diagnostic manuals (DSMs) and the return of personal agency. *Applied and Preventive Psychology*, 6: 233-243, 1997.

SCHEGLOFF, E. Sequencing in conversational openings. *American Anthropologist*, 70: 1.075-1.095, 1968.

SCHEGLOFF, E. Preliminaries to premilinaries: can I ask you a question? *Sociological Inquiry*, 50: 104-152, 1980.

SCHEGLOFF, E. Whose text? Whose context? *Discourse & Society*, 8(2): 165-187, 1997.

SCHEGLOFF, E. *Sequence Organization in Interaction*. Cambridge: CUP, 2007. (v. 1: A Primer in Conversation Analysis)

SCHEGLOFF, E.; JEFFERSON, G. & SACKS, H. The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53(2): 361-382, 1977.

SCHULTZ, J., FLORIO, S. & ERICKSON, F. Where's the floor? Aspects of the cultural organisation of social relationships in communication at home and in school. *In*: GILMORE, P. & GLATTHORN, A. (Eds.). *Children In and Out of School: ethnography and education*. Washington: Center for Applied Linguistics, 1982.

SELL, M. *Significando o Abuso Sexual Infantil e na Fala-Em-Interação: estratégias interacionais utilizadas por conselheiro tutelar e crianças na reconstrução da narrativa do abuso*, 2013. Tese de Doutorado, São Leopoldo: Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

SELL, M. & OSTERMANN, A. C. Análise de categorias de pertença (ACP) em estudo de linguagem e gênero: a (des)construção discursiva do homogêneo masculino. *Alfa – Revista de Linguística*, 53: 11-34, 2009.

SILVA, D. Identidade e performatividade de gênero nas práticas discursivas da Bhrama Kumaris. *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, 9: 5-37, 2008.

SILVA, D. *Pragmática da Violência: o nordeste na mídia brasileira*. Rio de Janeiro: 7 Letras, Faperj, 2012.

SILVA, D. O texto entre a entextualização e a etnografia: um programa jornalístico sobre belezas subalternas e suas múltiplas recontextualizações. *Linguagem em (Dis)curso*, 14: 67-84, 2014.

SILVERMAN, D. & PERAKYLA, A. Aids counseling: the interactional organization of talk about "delicate" issues. *Sociology of Health and Illness*, 12(3): 293-318, 1990.

SILVERSTEIN, M. & URBAN, G. (Eds.). *Natural Histories of Discourse*. Chicago: The University of Chicago Press, 1996.

SINCLAIR, J. & COULTHARD, M. *Towards an Analysis of Discourse: the English used by teachers and pupils*. London: Oxford University Press, 1975.

SORJONEN, M. *et al*. Life style discussions in medical interviews. *In*: HERITAGE, J. & MAYNARD, D. (Eds.). *Communication in Medical Care*. New York: CUP, 2006.

SPEER, S. Passing as a transsexual woman in the gender identity clinic. *In*: WETHERELL, M. (Ed.). *Theorizing Identities and Social Action*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2009.

SPEER, S. Pursuing views and testing commitments: the role of 'worst case' hypothetical questions in the psychiatric assessment of transsexual patients. *In:* FREED, A. & EHRLICH, S. (Eds.). *Why do You Ask? The function of questions in institutional discourse*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

SPEER, S. On the role of reported, third party compliments in passing as a 'real' woman. *In:* SPEER, S. A. & STOKOE, E. (Eds.). *Conversation and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

SPEER, S. Talking about sex with patients in the Gender Clinic: implications for training and practice. *Health*, 17(6): 622-639, 2013.

SPEER, S. & GREEN, R. On passing: The interactional organization of appearance attributions in the psychiatric assessment of transsexual patients. *In*: CLARKE, V. & PEEL, E. (Eds.). *Out in Psychology: lesbian, gay, bisexual, trans and queer perspectives*. Chichester: Wiley, 2007.

SPEER, S. & PARSONS, C. Gatekeeping Gender: some features of the use of hypothetical questions in the psychiatric assessment of transsexual patients. *Discourse & Society*, 17(6): 785-812, 2006.

SPEER, S. & PARSONS, C. Suppose you couldn't go any further with treatment, what would you do? Hypothetical questions in interactions between psychiatrists and transsexual patients. *In:* HEPBURN, A. & WIGGINS, S. (Eds.). *Discursive Research in Practice: new approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

STOLLER, R. *A Experiência Transexual.* Rio de Janeiro: Imago, 1982.

STONE, S. *The Empire Strikes back: the posttranssexual manifesto*, [1991]2007. Disponível em: <http://sandystone.com/empire-strikes-back.html>. Acesso em: 11 ago. 2013.

SUESS, A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. *In*: MISSÉ, M. & COLL-PLANAS, G. (Orgs.). *El Género Desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales, 2010.

SUESS, A. Despatologización trans y práctica arteterapéutica. *Arte y Políticas de Identidad*, 4: 107-126, 2011.

SUESS, A. A campanha pela despatologização das identidades trans: entrevista com o ativista Amets Suess. *Revista de Estudos Feministas*, 20(2): 481-484, 2012.

SULLIVAN, N. *A Critical Introduction to Queer Theory*. New York: New York University Press, 2003.

TANNEN, D. & WALLAT, C. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: exemplos de um exame/consulta médica. *In*: RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. (Orgs.). *Sociolinguística Interacional*. São Paulo: Loyola, 2002.

TEIXEIRA, F. *Dispositivos de Dor: saberes-poderes que (con)formam as transexualidades*. São Paulo: Annablume, 2013.

THORNBORROW, J. & COATES, J (Eds.). *The Sociolinguistics of Narrative*. Amsterdam: John Benjamins, 2005.

THREADGOLD, T. Performing theories of narrative: theorising narrative performance. *In*: THORNBORROW, J. & COATES, J. (Eds.). *The Sociolinguistics of Narrative*. Amsterdam: John Benjamin Publishing, 2005.

URBAN, G. Entextualization, replication, and power. *In*: SILVERSTEIN, M. & URBAN, G. (Eds.). *Natural Histories of Discourse*. Chicago: The University of Chicago Press, 1996.

VEHVILAINEN, S. Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. *In*: PERAKYLA, A. (Eds.). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: CUP, 2011.

WITTGENSTEIN, L. *Investigações Filosóficas*. São Paulo: Nova Cultural, 2000.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION OF TRANSGENDER HEALTH (WPATH). *Standards of Care for Gender Identity Disorders*. 6. ed. s.l.: WPATH, 2001.

WORTHAM, S. Socialization beyond the speech event. *Journal of Linguistic Anthropology*, 15: 95-112, 2005.

WORTHAM, S. *Learning Identity: the joint emergence of social identification and academic learning*. New York: CUP, 2006.

ZAMBRANO, E. *Trocando os Documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo*, 2003. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ZIMMERMANN, D. They were all doing gender but there weren`t all passing: comment on Rogers. *Gender and Society*, 6(2): 192-198, 1992.

Anexos

Anexo A

Convenções de Transcrição

Aspectos de produção de fala

Símbolo	Descrição	Fenômeno Interacional
.	ponto final	entonação descendente
?	ponto de interrogação	entonação ascendente
,	vírgula	entonação contínua
::::	dois pontos	alongamento de som
↑	flecha para cima	som mais agudo
↓	flecha para baixo	som mais grave
-	hífen	interrupção abrupta da fala
###fala##	jogo da velha	tosse
%fala% / %%%%	porcentagem	choro
fala= =fala	sinais de igual	turnos de fala contíguos (sem lapso de tempo interveniente)
<u>fala</u>	sublinhado	ênfase em som
FALA	maiúscula	volume mais alto
°fala°	sinais de grau	volume mais baixo
>fala<	sinais de maior que e menor que	fala acelerada
<fala>	sinais de menor que e maior que	fala desacelerada
fa[la] [fa]la	colchetes	fala sobreposta (mais de um interlocutor falando ao mesmo tempo)

Inspirações/expirações/risos

Símbolo	Descrição	Fenômeno Interacional
.hhhhh	Série de agá precedida de ponto	inspiração audível
hhhh	Série de agá	expiração audível
fa(hhh)la(hh)	Série de agá entre parênteses	riso ao falar
@@@@@@	Série de arrobas	risada

Lapsos de tempo

Símbolo	Descrição	Fenômeno Interacional
(3.5)	números entre parênteses	medida de silêncio em segundos e décimos de segundo
(.)	ponto entre parênteses	silêncio de menos de 2 décimos de segundo

Formatação, comentários, dúvidas

Símbolo	Descrição	Fenômeno Interacional
XXXXXX	série de xis	fala inaudível
(fala)	fala entre parênteses	dúvidas de transcrição
((comentários))	parênteses duplos	comentários do transcritor

Fonte: Adaptado de JEFFERSON, G. Glossary of Transcript Symbols with an Introduction. *In:* LERNER, G. H. (Ed.). *Conversation Analysis: studies from the first generation.* Amsterdam: John Benjamins, 2004.

Anexo B

Laudo Psiquiátrico

UNIDADE DOCENTE-ASSISTENCIAL DE PSIQUIATRIA

08 de julho de 2011.

DE: SETOR DE PERÍCIAS
UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL DE PSIQUIATRIA

PARA: SETOR DE UROLOGIA RECONSTRUTORA
UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL DE UROLOGIA

Levo ao conhecimento deste serviço que a paciente
apresenta as condições previstas na Resolução nº 1.958 de 12 de agosto de 2010 do Conselho Federal de Medicina, publicada no Diário Oficial da União de 03 de setembro de 2010, que dispõe sobre cirurgia de transgenitalismo, ou seja:

a) Tem o diagnóstico médico de transexualismo;
b) Apresenta desconforto com o sexo anatômico natural;
c) Exibe o desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
d) O distúrbio permanece de forma contínua e consistente por mais de dois anos;
e) Há ausência de outros transtornos mentais.

Perito Psiquiatria

Professor Associado

Posfácio

(Des)Aprender e (Trans)Formar: o Processo Transexualizador e a reiteração da patologização da transexualidade

A leitura de *O (Des)Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde* me encantou por várias razões. Falo de um lugar privilegiado, de pesquisadora que participou, em várias e diferentes dimensões, da construção de uma política pública em saúde para o cuidado trans-específico. E, claro, sem perder a dimensão de que, nesse espaço de disputas entre sujeitos enunciadores, participei como sujeito marginal, pois, no embate entre os saberes e sujeitos autorizados a falar, sou antropóloga e não partilho do reconhecimento atribuído, *a priori*, àqueles que estão posicionados no lugar de um saber médico. Não considero que minha posição seja de vítima, pois acredito na agência e na potência das margens; e nessas margens reconheço Rodrigo Borba.

Primeiramente, evidencio a contribuição original deste volume para a discussão da despatologização das identidades trans ao colocar em evidência a fragilidade das bases/saberes médico e *psi* que anunciam o Processo Transexualizador como política de saúde no Brasil. Nesse sentido, destaco como esse trabalho dialoga com outras produções no campo brasileiro. Ao tecer a pesquisa articulando a etnografia e a indisciplina da linguística aplicada com sua atenção aos detalhes da linguagem-em-uso e, assim, permitir aos leitores e às leitoras *entrar* com ele no espaço restrito da consulta, Rodrigo Borba amplia as discussões e contribui decisivamente para responder algumas questões

apresentadas por Berenice Bento (2003, 2006, 2014), Daniela Murta (2012), Fátima Lima (2010, 2014), Mably Tenenblat (2014), Márcia Arán e Daniela Murta (2009) e por mim (Teixeira, 2009, 2013) sobre como operam as engrenagens que mantêm o dispositivo da transexualidade atado à doença mental e reavivam a narrativa do *transexual verdadeiro*.

Dentre as frestas abertas por Rodrigo, destaco a problematização da exigência de um tempo mínimo de dois anos de acompanhamento no Processo Transexualizador como requisito para acesso às cirurgias de readequação genital, que aparece em diferentes pesquisas apenas como arbitrário, associado ao que se convencionou chamar de teste de vida real. Essa prescrição de tempo, nesta obra, passa a ser justificada em dupla perspectiva: a garantia de um histórico vivido de acordo com o gênero identificado (condição de acesso ao serviço), prova estruturada de permanecer nesse gênero (a ser verificada pelo profissional); e a aprendizagem de um modelo ideal realizado *no* e *com* os discursos que atravessam os consultórios. Nesse sentido, a exigência dos dois anos só encontra sua razoabilidade na necessidade da (re)aprendizagem do fenômeno que se dispõe a diagnosticar.

A força das narrativas analisadas pelo autor desnuda situações em que o diagnóstico congela a vida dos sujeitos e a traduz como um elenco de fatos fragmentados e incapazes de movimento. Existe um subtexto segundo o qual a vida deve ser criada e recriada para contemplar os parâmetros da Classificação Internacional de Doenças e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, se conformando às narrativas impostas por seus operadores. Nesse sentido, Rodrigo reafirma que a centralidade do laudo (sua produção e outorga ao *paciente*) permanece atrelada à elaboração do diagnóstico. Contudo, ele vai além do que havia sido feito em trabalhos anteriores (Bento, 2003, 2006, 2014; Teixeira, 2009, 2013), que, apoiados em narrativas de segunda mão, restringem a discussão ao produto performativo das histórias que as/os colaboradores/as de suas pesquisas afirmam contar em consultório e capturaram apenas a perspectiva de que as pessoas transexuais, ao chegarem ao serviço de saúde, levariam consigo uma narrativa preestabelecida para ser relatada aos/às profissionais da saúde. Contra-argumentando, o autor, por meio dos relatos das pessoas que acompanhou, evidencia que não são todos os/as usuários/as que conhecem a centralidade dessa narrativa pronta para o Processo e demonstra que aprender essa narrativa é relevante para conquistarem o laudo psiquiátrico, que legitima seu enquadramento como *transexual verdadeiro*. Assim, permitiu compreender a forma como as interações nos espaços da consulta operam não somente para

identificação, mas para a (re)produção de *transexuais verdadeiros*, o que ele denominou de processo de desaprendizagem das formas não ratificadas de vivenciar a transexualidade no SUS.

Revelando cuidadosamente as relações estabelecidas no consultório durante a consulta, Rodrigo Borba descortinou os microdetalhes das interações cotidianas que forjam e (re)vestem *o transexual verdadeiro* e convidou para o diálogo profissionais que manuseiam as ferramentas do Processo Transexualizador. A potência do conteúdo deste volume foi observada por mim durante a "2ª Conferência Internacional de Psicologia LGBT e campos relacionados: enfrentar o impacto da discriminação contra pessoas LGBT em todo o mundo", realizada de 8 a 11 de março de 2016, no Rio de Janeiro. Enquanto ele apresentava um fragmento da pesquisa que originou este livro, pude identificar o incômodo que seu trabalho produziu no grupo, composto majoritariamente de profissionais do campo *psi*. Os olhares atentos aos excertos apresentados foram acompanhados de expressões faciais que variavam da incredulidade ao constrangimento, marcado por inúmeros movimentos de cabeças acenando negativamente. Não se tratava de questionar/condenar a prática clínica de um/a profissional apenas, mas Rodrigo Borba fraturava o silêncio sobre a "inviolabilidade do espaço da consulta", um segredo protegido, que até então somente havia sido contado em segunda mão, como vimos. Os fragmentos das consultas, minuciosamente analisados, incomodavam, denunciavam a urgência de se romper com a perspectiva de acesso a um serviço mediado por um laudo – urgência reafirmada na proposta do evento – e também expunham as disputas entre os saberes que reiteram verdades em campos disciplinares que parecem nem sempre estar dispostos a se considerarem. Este livro é inovador e avança ao apontar para a possibilidade de que uma estratégia de política pública de saúde esteja, no seu avesso, favorecendo a garantia e sustentação de um modelo da transexualidade associado à doença mental e subordinado aos saberes médico e *psi.* Por fim, a atualidade do tema traduz a disputa no cenário nacional e internacional sobre sujeitos que estão autorizados ou não a dizer de si e os outros sujeitos que, legitimados pelos saberes médico e *psi*, (re)produzem no cotidiano de suas práticas as certezas do diagnóstico e as condições para sua identificação.

Nomeando a estratégia de cuidados trans-específica como Processo Transexualizador, o Ministério da Saúde conclui o que está expresso no conjunto de normas que compõem a portaria: sim, aqui um conjunto de normas e práticas se ajustam para performar um *verdadeiro transexual*. E, inspirada pelo diálogo presente nesta obra, reafirmo que a ausência de uma posição do Ministério da

Saúde em defesa da despatologização da transexualidade opera produzindo arranjos provisórios e insuficientes. As constantes promessas e revisões da portaria do Processo Transexualizador (sempre atreladas aos desígnios do Conselho Federal de Medicina) relembram aos sujeitos da sua insegurança institucional. Nesse processo, a (des)organização da (re)formulação das portarias do Processo Transexualizador tem sido uma eficaz estratégia de desempoderamento, não somente das travestis e transexuais, mas de pesquisadores/as e ativistas trans que se encontram nas disputas pelos direitos humanos. E, nas dobras, onde escapam as normas, pulsa a resistência que a meticulosa pesquisa de Rodrigo Borba representa.

Flávia Teixeira

Professora do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia

Referências

ARÁN, M. & MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, 19(1): 15-41, 2009.

BENTO B. M. *A Reinvenção do Corpo*: *sexualidade e gênero na experiência transexual, 2*003. Tese de Doutorado, Brasília: Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília.

BENTO B. M. *A Reinvenção do Corpo*: *sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO B. M. *A Reinvenção do Corpo*: *sexualidade e gênero na experiência transexual.* Natal: EDUFRN, 2014.

LIMA, F. *A Construção do Dispositivo da Transexualidade: saberes, tessituras e singularidade nas experiências trans*, 2010. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, F. *Corpos, Gêneros, Sexualidades*: *políticas de subjetivação*. 2. ed. rev. atual. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Textos Reunidos)

MURTA, D. *Os Desafios da Despatologização da Transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*, 2012. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, F. B. *Vidas que Desafiam Corpos e Sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*, 2009. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

TEIXEIRA, F. B. *Dispositivos de Dor: saberes poderes que (con)formam as transexualidades*. 1. ed. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2013.

TENENBLAT, M. J. T. *A Assistência à Saúde de Pessoas Transexuais: aspectos históricos do processo transexualizador no Estado do Rio de Janeiro*, 2014. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Outros Títulos da Coleção Antropologia e Saúde

"Pressão Alta" no Cotidiano: representações e experiências
Ana Maria Canesqui, 2015

Epidemiologia e Cultura
James A. Trostle, 2013

Imagens de Cura: Ayahuasca, imaginação, saúde e doença na Barquinha
Marcelo S. Mercante, 2012

Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais
Francine Saillant e Serge Genest, 2012

Representações Sociais e a Experiência com o Diabetes: um enfoque socioantropológico, As
Reni Aparecida Barsaglini, 2011

Nosso Remédio é a Palavra: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos
Edemilson Antunes de Campos, 2010

Corte a Mortalha: o cálculo humano da morte infantil no Ceará
Marilyn Nations, 2009

Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas
Naara Luna, 2007

Meio Quilo de Gente: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico
Lilian Krakowski Chazan, 2007

Tabu do Corpo
José Carlos Rodrigues, 7. ed. rev., 2006

Tabu da Morte
José Carlos Rodrigues, 2. ed. rev., 2006

Difíceis Decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo
Rachel Aisengart Menezes, 2006

Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários
Armelle Giglio-Jacquemot, 2005

Antropologia e Nutrição: um diálogo possível
Ana Maria Canesqui e Rosa Wanda Diez Garcia, 2005

Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina
Octávio Bonet, 2004

Pessoas Muito Especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família
Fátima Gonçalves Cavalcante, 2003

Medicalização do Corpo Feminino, A
Elisabeth Meloni Vieira, 2002

Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida
Suely Ferreira Deslandes, 2002

Antropologia, Saúde e Envelhecimento
Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr., 2002

História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950
Claudio Bertolli Filho, 2001

Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher, Uma
Fabíola Rohden, 2001

Nervo Cala, o Nervo Fala: a linguagem da doença, O
Maria Lucia da Silveira, 2000

Experiência de Doença e Narrativa
Míriam Cristina M. Rabelo, Paulo César B. Alves e Iara Maria A. Souza, 1999

Corpo na História, O
José Carlos Rodrigues, 1999

Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas
Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal, 1998